

CAMILE ALVES CEZAR

**A INVISIBILIDADE DO TRABALHO FAMILIAR: UMA DISCUSSÃO
SOBRE O CUIDADO NA POLÍTICA DE ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-
NASCIDO - MÉTODO CANGURU**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Serviço Social da
Universidade Federal de Santa Catarina como
requisito parcial para a obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profª. Drª. Regina Célia Tamaso
Miotto

**DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO**

EM: 11 / 12 / 2009


Rosana Maria Gaio
Coord. de Estágio e TCC
Curso de Serviço Social/CSE/UFSC

FLORIANÓPOLIS
2009/2

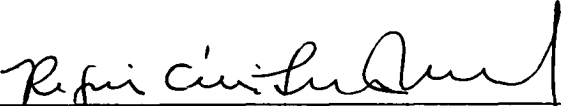
CAMILE ALVES CEZAR

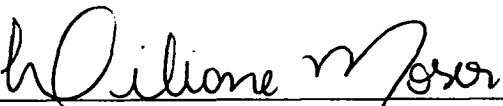
**A INVISIBILIDADE DO TRABALHO FAMILIAR: UMA DISCUSSÃO
SOBRE O CUIDADO NA POLÍTICA DE ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-
NASCIDO - MÉTODO CANGURU**

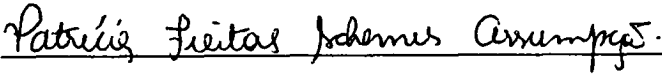
Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, do Departamento de Serviço Social do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 11 de dezembro de 2009.

BANCA EXAMINADORA


Prof^ª. Dr^ª. Regina Célia Tamaso Miotto
Professora do Departamento de Serviço Social – UFSC
Orientadora


Prof^ª. Dr^ª. Liliâne Moser
Professora do Departamento de Serviço Social – UFSC
Primeira Examinadora


Prof^ª Msc. Patrícia Freitas Schemes
Professora do Departamento de Serviço Social – UFSC
Segunda Examinadora

Uma pesquisa é sempre, de alguma forma, um relato de longa viagem empreendida por um sujeito cujo olhar vasculha lugares muitas vezes já visitados. Nada de absolutamente original, portanto, mas um modo diferente de olhar e pensar determinada realidade a partir de uma experiência e de uma apropriação de conhecimento que são, aí sim, bastante pessoais (DUARTE, 2002, p. 140).

AGRADECIMENTOS

O TCC não é um trabalho solitário. É o resultado de uma longa caminhada de muitas idéias, da reflexão de muitos autores e principalmente da orientação que lhe é empreendido. Por isso agradeço à professora e orientadora deste trabalho, Dr^a Regina Célia Tamaso Miotto, pelo incentivo, dedicação, paciência com que me orientou. Pelas discussões, pelas leituras sugeridas, pelas horas que passamos juntas trabalhando e corrigindo o TCC, pela compreensão da ansiedade que me caracteriza. Regina, você faz parte da minha formação profissional e pessoal. Nem sempre pude corresponder às suas expectativas, mas fiz o que pude para te acompanhar. Tenho que te agradecer pela oportunidade de inserção na pesquisa. Muito obrigada pelas orientações sempre feitas com delicadeza, por me incentivar a estudar, a me qualificar e a produzir.

Aos professores membros da banca: Prof^a. Dr^a. Liliâne Moser e Prof^a Msc. Patrícia Freitas Schemes. Muito obrigada pela disposição, atenção e contribuições para com este trabalho.

Aos professores do Departamento de Serviço Social desta universidade que muito me ensinaram ao longo desses anos, contribuindo para minha formação profissional, pelos conhecimentos repassados, pelas discussões e construção do conhecimento.

À minha supervisora de campo Assistente Social Mariana Silveira Barcelos, pela parceria de sempre, pelos ensinamentos compartilhados e pela dedicação que sempre teve na supervisão de estágio. Tu és muito especial para mim, pois em ti espelharei minha prática profissional. Às assistentes sociais do HU que de alguma forma também me ensinaram a ser uma profissional competente e comprometida com os princípios éticos e políticos da profissão.

As queridas colegas de estágio Patrícia e Grace, pelo conhecimento partilhado, pelas dúvidas e angústias que nos fizeram crescer. Não poderia deixar de mencionar o Jony Alberto e a Paolla, estagiários que me inseriram no cotidiano da Maternidade, com quem pude tecer as primeiras reflexões sobre a formação profissional. Às demais colegas de trabalho, as estagiárias do HU, Gabi, Sabrina, Monique, Ju, Pati Rúbia, Imara e Núbia pela amizade e parceria de sempre; à bolsista Fran e aos novatos Carla e Simão Simões e à sempre risonha Hilda.

A todas as queridas amigas e colegas de curso, pela amizade e principalmente pelos bons momentos que vivemos juntas.

Agradeço às amigas e colegas de bolsa de pesquisa Fernanda, Pati e Josi, pela amizade, por ter com quem compartilhar as frustrações e as incertezas da formação profissional, pelo apoio e pela troca de idéias que sempre contribuíram na construção dos trabalhos. Agora, cada uma no seu projeto, sigamos em frente.

A alguém especial que há pouco faz parte da minha vida, mas que parece que nos conhecemos há muito. Fer, tu és uma amiga muito especial, contigo dividi os melhores e os piores momentos do curso, viajamos juntas, “fofocamos” longas tardes, choramos, nos lamentamos e ficamos muito felizes com a chegada da Sofia, tenho certeza que serão dias que não deixaremos para trás e que certamente deixarão saudades.

Alice e Patrícia, obrigada pela parceria nesse último semestre, fico feliz de ter conhecido e me aproximado de vocês duas. À Daiana, Jamila, Nelsa e Pati pelas conversas que tornaram nossa “viagem” no Canasvieiras/ Trindade menos entediante.

A amiga Lidiane de Santa Maria (RS), pela força nessa fase tão difícil do TCC.

Agradeço aos meus pais Cláudia e Ardevan que sempre me inspiram e incentivam. Obrigada, vocês dois são especiais. Aos meus familiares, que compreenderam a minha ausência física, mas com certeza, estávamos conectados pelo sentimento e pela internet! Agradeço pelo apoio, vocês souberam me compreender.

Agradeço especialmente ao Plauto, companheiro e amigo de todas as horas, que pelo seu amor, me deu força e me incentivou a continuar. Agradeço pela compreensão, paciência, cumplicidade e principalmente tolerância.

À todos muito obrigada!

E finalmente ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, pelo auxílio financeiro que garantiu dedicação exclusiva na pesquisa, esse trabalho é um resultado da dedicação da bolsista nesse projeto.

CEZAR, Camile Alves. A invisibilidade do trabalho familiar: uma discussão sobre o cuidado na política de Atenção Humanizada ao Recém - nascido - Método Canguru. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Florianópolis, 2009. Orientadora: Regina Célia Tamaso Miotto.

RESUMO

Tradicionalmente em nossa sociedade, as famílias têm assumido o cuidado das pessoas, cuidar na família é uma ação que se repete no cotidiano e nos espaços familiares que possuem crianças, idosos, pessoas dependentes ou doentes. Isso significa que o cuidado acaba sendo sempre tratado como uma questão de família, ou seja, como uma questão privada. No contexto desse debate é que se articula o interesse em estudar e compreender como o trabalho familiar vem sendo debatido nas discussões da política social, em especial na saúde. Interesse confirmado no decorrer da participação na pesquisa “Família e Políticas Públicas: trajetórias de acesso aos serviços assistenciais e percursos de construção da intersetorialidade”. E do desenvolvimento do Estágio Curricular Obrigatório na maternidade do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC), no período de março a dezembro de 2009. Dessa forma, estruturou-se um subprojeto de pesquisa, cujos objetivos são conhecer como a família, enquanto instância de cuidado e proteção, vem sendo incorporada pela política de saúde, bem como identificar quais as requisições que os serviços fazem para as famílias, como fazem e como as mesmas respondem à essas exigências e às necessidades de cuidado do usuário do serviço de saúde. Para contemplar os objetivos propostos, buscou-se analisar a relação família e serviços através do estudo com famílias usuárias da Maternidade do HU/UFSC, na Atenção Humanizada ao Recém - nascido de baixo peso - Método Canguru. A apresentação desse estudo está estruturada em três seções. Na primeira seção buscamos, através da pesquisa bibliográfica, explicitar o que os autores têm entendido por família, as formas como tem se conceituado essa instituição e também, o que se entende por cuidado. Partindo do interesse desse trabalho, tratamos desse conceito em duas diferentes linhas de debate. Dentre elas pode ser destacado o cuidado para a saúde e o cuidado, como um trabalho familiar. Na segunda seção será tratada a relação entre a família e política social, com ênfase para a política de saúde. Nessa perspectiva é que se coloca a questão do cuidado, no contexto do debate da humanização, na qual a família vem sendo incorporada pelos serviços de saúde sem que as questões vinculadas a ela sejam debatidas. Na terceira seção se apresenta e discute a realidade das famílias a partir do Estudo de caso. Esta apresentação está dividida em dois momentos. Um retrata o perfil das famílias, e o outro sobre a participação da família no Cuidado no Método Canguru. Seguindo, elegeram-se para análise três perspectivas, a saber: o impacto do nascimento de um recém - nascido prematuro ou de baixo-peso na família; permanência da família na unidade Neonatal e seus rebatimentos na vida familiar; à volta para casa, a sobrecarga de trabalho para a mulher e a busca de alternativas. Nesse sentido, são realizadas algumas discussões em relação às informações apresentadas nesta, relacionando-as ao debate teórico. Finalmente, as considerações finais remetem à análise da incorporação da família pelo Método Canguru e o compromisso dos profissionais nessa política.

Palavras – chave: Família, Proteção Social, Saúde, Atenção Humanizada, Cuidado.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Composição familiar.....56

Gráfico 2: Situação Civil.....57

Gráfico 3: Procedência da família.....58

Gráfico 4: Idade da mãe.....59

Gráfico 5: Idade do pai.....60

Gráfico 6: Escolaridade da mulher/mãe.....60

Gráfico 7: Escolaridade do homem/pai.....61

Gráfico 8: Condição de trabalho da mulher/mãe.....62

Gráfico 9: Condição de trabalho do homem/pai.....63

Gráfico 10: Número de filhos por família.....64

Gráfico 11: Número de gestações.....65

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
 SEÇÃO I	
1 FAMÍLIA E CUIDADO.....	14
1.1 Aproximações conceituais sobre a família.....	14
1.2 Aproximações conceituais sobre o cuidado.....	21
 SEÇÃO II	
2 FAMÍLIA E POLÍTICA SOCIAL.....	30
2.1 Família e proteção social.....	30
2.2 A família na política social.....	34
2.3 A família na política de saúde.....	40
 SEÇÃO III	
3. ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO – MÉTODO CANGURU.....	50
3.1 O Método Canguru na Maternidade do HU.....	54
3.2 A família na Atenção Humanizada ao recém-nascido baixo peso - Método Canguru: um estudo de caso.....	55
3.2.1 Quem são as famílias atendidas na atenção humanizada ao recém – nascido de baixo peso Método Canguru na Maternidade do HU.....	55
3.2.2 A participação da família no Cuidado na Atenção Humanizada ao recém-nascido baixo peso Método Canguru.....	67
3.2.2.1 O impacto do nascimento de um recém - nascido prematuro ou de baixo-peso na família.....	68
3.2.2.2 A permanência da família na unidade Neonatal e seus rebatimentos na vida familiar.....	70
3.2.2.3 A volta para casa, a sobrecarga de trabalho para a mulher e a busca de alternativas..	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS.....	82
ANEXOS.....	86

INTRODUÇÃO

Historicamente, a família tem sido reconhecida pela sua importância na esfera da proteção social, considerada como instituição fundamental para o cuidado e proteção de seus membros. É no contexto da adoção pelo Estado brasileiro de orientação neoliberal para a condução da política social, que a família ressurge como referência central, particularmente nas políticas de assistência social e na saúde. Gradativamente, tem-se observado que com a saída do Estado do cenário social, tem-se aumentado o deslocamento da provisão de bem-estar da esfera pública para a esfera privada, tanto mercantil como não mercantil. Assim, os serviços de educação, saúde, habitação e outros, são oferecidos como mercadoria e somente aqueles que tiverem condições econômicas para adquiri-lo, terão acesso via mercado. Do contrário, acabam por se tornar os usuários das políticas sociais.

Nesse sentido, a família é retomada como a principal instituição para garantia do bem-estar das pessoas. Segundo Martin (apud LIMA, 2006, p.65), a concepção da família como um “manancial natural de solidariedade” se desenvolveu em oposição à idéia de que o Estado de bem-estar Social teria criado um individualismo generalizado, destruindo no interior das famílias as relações de autoajuda e proteção.

O ônus do processo de responsabilização da família na provisão do bem-estar tem sido destacado, a partir dos indicadores sociais, econômicos e demográficos que apontam para a sobrecarga das famílias para assumirem responsabilidades que lhe são auferidas. Por isso, quando discutimos a relação família e serviços de proteção social, as configurações que a família vem assumindo vão rebater diretamente na sua capacidade protetiva, nas possibilidades que a família tem de responder as exigências que as instituições lhe fazem para o acesso aos serviços sociais, para garantia do direito à saúde, à assistência social, à educação, à previdência social, à moradia, ou seja, às políticas sociais.

Por isso, Lima (2006, p.65), entende que olhar a família como uma instância sobrecarregada, requer entre outras perspectivas, reconhecer a diversidade de arranjos de família, da organização familiar, das relações complexas, de conflitos e contradições, bem como, trabalhar com a idéia de que “o espaço familiar não é só um lugar que processa cuidado, mas também um lugar que requer cuidado”. Mioto (1997; 2004), já assinala que para proteger, a família precisa estar protegida, ou seja, ter garantias mínimas de bem-estar. No entanto, o Estado ao efetivar mecanismos de proteção social, não tem aliviado o peso da

família em relação ao cuidado e proteção de seus membros, ao contrário, acaba lhe imputando uma gama de responsabilidades e deveres, às quais nem sempre ela corresponde.

Tradicionalmente em nossa sociedade as famílias têm assumido o cuidado das pessoas, cuidar na família é uma ação que se repete no cotidiano e nos espaços familiares que possuem crianças, idosos, pessoas dependentes ou doentes. Isso significa que o cuidado acaba sendo sempre tratado como uma questão de família, ou seja, como uma questão privada.

No contexto desse debate é que se articula o interesse em estudar e compreender como o trabalho familiar tem rebatido na discussão da política social, em especial na saúde. Interesse confirmado no decorrer da participação na pesquisa “Família e Políticas Públicas: trajetórias de acesso aos serviços assistenciais e percursos de construção da intersetorialidade”¹. E do desenvolvimento do Estágio Curricular Obrigatório na maternidade do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC), no período de março a dezembro de 2009. Dessa forma, estruturou-se um subprojeto de pesquisa cujos objetivos são conhecer como a família, enquanto instância de cuidado e proteção, vem sendo incorporada pela política de saúde, bem como identificar quais as requisições que os serviços fazem para as famílias, como fazem e como as mesmas respondem à essas requisições e às necessidades de cuidado do usuário do serviço de saúde. Para contemplar os objetivos propostos, buscou-se analisar a relação família e serviços através do estudo com famílias usuárias da Maternidade do HU/UFSC, na Atenção Humanizada ao Recém-nascido de baixo peso - Método Canguru.

Para tanto, os procedimentos metodológicos adotados para realizá-la serão da pesquisa qualitativa. Segundo Minayo (2001), a pesquisa qualitativa tem o intuito de responder a questões muito particulares.

Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2001, p.21)

Inicialmente foi utilizada a pesquisa bibliográfica, pois ela permite a análise teórica do objeto de estudo e “difere da revisão bibliográfica uma vez que vai além da simples observação dos dados contidos nas fontes pesquisadas, pois imprime sobre eles, a

¹ Essa pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

compreensão crítica do significado neles existente” (LIMA e MIOTO, 2007, p. 44). Conforme as autoras, enquanto procedimento metodológico, a revisão bibliográfica, ainda que flexível, não é um processo aleatório, pois compreende o cumprimento ordenado de algumas fases, são elas:

- A elaboração de um plano de pesquisa para se buscar respostas aos problemas colocados.
- A investigação das soluções relaciona-se a coleta da documentação em momentos distintos e sucessivos, ou seja: levantamento da bibliografia e das informações contidas nessa bibliografia de acordo com o problema de pesquisa.
- A análise explicativa das soluções que se refere a uma leitura crítica do pesquisador sobre os dados levantados para explicar, discutir, justificar os elementos, fatos e informações contidos no material pesquisado.
- A síntese integradora que consiste na etapa final do processo e decorre da análise e reflexão sobre os documentos, refere-se à construção de um diálogo com o material bibliográfico, que possibilita indagar, explorar, refletir e propor soluções.

O segundo procedimento foi a pesquisa empírica, de natureza qualitativa, realizada com as famílias inseridas no Método Canguru na Unidade Neonatal do HU-UFSC. Consideradas enquanto sujeitos de referência da política social e como locus privilegiado de articulação e organização da proteção social. A escolha desse sujeito está relacionada ao momento do ciclo vital, o nascimento, que traz muitas demandas para as famílias, especialmente para as famílias que passam pelo nascimento de um bebê prematuro. Além disso, a configuração de um quadro que envolve a saída de um membro da família do domicílio (a mãe) e a presença da família no serviço, bem como cuidados especiais requeridos pelo recém-nascido prematuro nas diferentes fases de atendimento - acesso, permanência no serviço e retorno para casa – parecem ser essenciais no estudo das relações famílias e serviços. Por isso, opta-se, também, pelo estudo de situações vinculadas a esses diferentes momentos.

Assim, a opção pelo Estudo de caso se fez por ser esse estudo uma modalidade de pesquisa, cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. De acordo com Gerber (2009, p. 15), com base em Gil (1995), o estudo de caso “apesar de delimitar um tema específico [...], não se afasta do princípio de que o conhecimento não é algo pronto e acabado, mas algo que se constrói e se reconstrói continuamente, está em constante transformação e

deve revelar a multiplicidade de dimensões presentes em uma determinada situação”. Nesta perspectiva se considera que o caso a ser estudado nesse trabalho é o conjunto das famílias atendidas pela Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru. É a partir dele, como unidade de estudo, que desenvolvemos a pesquisa documental, com base em diários de campo da autora, relatórios de atividade específica de estágio, prontuários das famílias e entrevistas realizadas e sistematizadas pelo Serviço Social da Maternidade, além de algumas entrevistas realizadas por mim enquanto bolsista de pesquisa.

A apresentação desse estudo está estruturada em três seções. Na primeira seção buscamos, através da pesquisa bibliográfica, explicitar o que os autores têm entendido por família, as formas como tem se conceituado essa instituição e também, o que se entende por cuidado. De forma geral, a literatura aponta que a concepção e a importância atribuída à família têm sido relacionadas ao papel de socialização dos indivíduos e a configuração de relações afetivas, assim como, à reprodução social do trabalhador e às formas como ela se organiza economicamente. A família é reconhecida como uma instituição fundamental para a sociedade, considerada uma unidade de produção econômica de bens e serviços, responsável em grande parte pela reprodução social. (LETABLIER, 2007). Em relação ao cuidado, não há entre os estudiosos um consenso sobre o conceito de cuidado. O mesmo tem sido apresentado pelos estudiosos europeus a partir de uma visão polissêmica, vinculado ao trabalho de reprodução desenvolvido na família e, tem seguido diferentes tendências teóricas (LETABLIER, 2007). Partindo de uma revisão bibliográfica sobre o tema e o interesse desse trabalho, tratamos desse conceito em duas diferentes linhas de debate. Dentre elas pode ser destacado o cuidado para a saúde e o cuidado como um trabalho familiar.

Na segunda seção será tratada a relação entre a família e política social, com ênfase para a política de saúde. Nessa perspectiva é que se coloca a questão do cuidado, no contexto do debate da humanização, na qual a família vem sendo incorporada pelos serviços de saúde sem que as questões vinculadas a ela sejam debatidas. Segundo Mioto (2009, p.20), “sob o rótulo de resistência, problema ou participação, a relação famílias e serviços não é problematizada”. Diante disso, se questiona sobre quais são os limites ou quais os critérios utilizados para estabelecer a fronteira entre o cuidado oferecido pelos serviços e aquele provido pelas famílias.

Na terceira seção se apresenta e discute a realidade das famílias a partir do Estudo de caso. Esta apresentação está dividida em dois momentos. Um retrata o perfil das famílias, e o outro sobre a participação da família no cuidado na Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru. Seguindo, elegeram-se para análise três perspectivas, a

saber: o impacto do nascimento de um recém-nascido prematuro ou de baixo-peso na família; a permanência da família na unidade Neonatal e seus rebatimentos na vida familiar; à volta para casa, a sobrecarga de trabalho para a mulher e a busca de alternativas. Nesse sentido, são realizadas algumas discussões em relação às informações apresentadas nesta, relacionando-as ao debate teórico. Finalmente, as considerações finais remetem à análise da incorporação da família pelo Método Canguru e o compromisso dos profissionais nessa política.

SEÇÃO I

1. FAMÍLIA E CUIDADO

Diversas áreas do conhecimento têm se dedicado à tarefa de analisar e definir o conceito de família, entre elas a Sociologia, Antropologia, Psicologia e também o Serviço Social, por isso, pode-se afirmar que esta é uma categoria interdisciplinar. A família não se reduz a um grupo natural e sua concepção pode variar dependendo da vertente teórica que a aborda. Cada vertente traz elementos distintos, desde a discussão sobre a constituição da família, como elementos sócio-culturais e historicamente construídos. Lima (2006, p.18), ressalta que “a amplitude e complexidade do tema não estão relacionadas somente à vastidão teórica que o envolve, em diferentes áreas e sob diversos prismas, mas também ao fato que a família é tão antiga quanto à sociedade”.

Tradicionalmente as famílias assumem o cuidado das pessoas, cuidar na família é uma ação que se repete no cotidiano e nos espaços familiares que possuem crianças, idosos, pessoas dependentes ou doentes. Isso significa que o cuidado é sempre uma questão de família, ou seja, privada. E cada vez mais a família tem assumido o cuidado de seu familiar. Família e cuidado são categorias intrinsecamente relacionadas, uma vez que a família, em toda a sua história, nas suas mais diversas configurações, está caracterizada pelo seu papel de cuidado e proteção de seus membros. (STAMM e MIOTO, 2003). Segundo Lima (2006), a família (nas suas mais diversas possibilidades) através dos cuidados que operacionaliza, é ainda o lugar que possibilita à maioria das pessoas que cresça e se desenvolva física e socialmente. Nesse sentido, a seguir buscamos, através da pesquisa bibliográfica, explicitar o que os autores têm entendido por família, as formas como tem se conceituado essa instituição e também, o que se entende por cuidado.

1.1 Aproximações conceituais sobre a família

Concordamos com Lima (2006), que discutir família significa entrar em universo amplo, diverso e complexo. Tanto as famílias como a sociedade passaram ao longo dos tempos por diversas transformações, intrinsecamente conectadas entre si, e diretamente relacionadas à construção das personalidades humanas. Portanto, a família é uma construção historicamente condicionada.

De acordo com a ampla revisão bibliográfica realizada por Bruschini (1989), pode-se dizer que o interesse pela compreensão científica da família foi sendo construído, a partir do século XIX, especialmente com o desenvolvimento das ciências humanas e sociais vinculadas às correntes do funcionalismo e do marxismo. Em linhas gerais, enquanto na perspectiva funcionalista, a família é apreendida a partir do papel que cada um de seus membros tem pré-determinado biologicamente, o que configura uma divisão de trabalho diferenciada na relação conjugal homem e mulher; na perspectiva marxista o conceito de família é discutido na relação com o sistema de produção, com enfoque nas estratégias de sobrevivência do trabalhador e necessidades de reprodução do trabalhado.

Segundo Brusquini (1989), foi a partir da década de 1950 que os estudos sobre a família, na vertente do pensamento funcionalista norte-americano, ganharam força com a elaboração de modelos que a retratassem. Esta produção exerceu grande influência na sociologia brasileira. De acordo com Bruschini (1989), a família, na teoria funcionalista é em primeira instância uma unidade social, com importância fundamental para a integração dos indivíduos às normas e condutas sociais. Os estudos funcionalistas privilegiaram o estudo da família nuclear, compreendida a partir da sociedade conjugal, fundamentada na divisão sexual do trabalho, que se mantém por meio da solidariedade. Segundo Lima (2006), o funcionalismo naturaliza a relação existente na família, pois cada um assume o seu papel pré-determinado pela condição biológica de homem e mulher, o que é imprescindível ao funcionamento ordenado da sociedade. Para esta teoria “a família é um todo integrado e harmônico, onde não há espaço para o conflito ou transformações”. (LIMA, 2006, p.19).

De acordo com a corrente funcionalista, cujo autor principal é Talcott Parsons (apud BRUSCHINI, 1989, p. 2), “a família é, sobretudo agência socializadora, cujas funções concentram-se na formação de personalidades dos indivíduos [...] a família teria as funções básicas e irredutíveis de socialização primária das crianças e de estabilização das personalidades adultas da população [...]”. Nessa compreensão a mulher/mãe é a personagem principal, com ligação íntima e intensa com a criança, principalmente nos primeiros anos de vida, recaindo sobre ela toda a função do cuidado e proteção no espaço doméstico. Já o homem/ pai exerce a função de provedor, com atuação principal no espaço público, mantendo com os filhos uma relação mais distante do que a mãe, no entanto, preservando o exercício da autoridade e do poder familiar. Neste sentido, Parsons (apud BRUSCHINI, 1989) sugere a caracterização da família nuclear como um pequeno grupo-tarefa, no qual adultos desempenham papéis altamente diferenciados, assimétricos e complementares, o que possibilita a presença dos modelos masculinos e femininos claramente definidos.

De acordo com Lima (2006), com base em Bruschini (1989), na perspectiva funcionalista

As alterações na ordem econômica - onde se intensificaram o assalariamento, e a dependência do emprego no âmbito das relações de produção capitalista - levaram à crescente perda de funções da família, enquanto unidade de produção econômica e participação política. As funções familiares concentraram-se no âmbito privado e a organização da estrutura familiar tornou-se nuclear, com fronteiras rígidas e funções bem definidas, tal como coloca o modelo parsoniano. (LIMA, 2006, p. 19).

Bruschini (1989) destaca também as contribuições na área da sociologia e da antropologia para a compreensão do conceito de família, da dinâmica da vida familiar e suas relações. A sociologia em consonância com a teoria funcionalista considera a família como socializadora e formadora da personalidade dos indivíduos, mas desenvolve uma reflexão oposta a esta teoria. Ao criticar o papel conservador desse grupo social e o elemento de dominação nele presente, na figura “esmagadora” da liberdade que é a autoridade paterna. Já as contribuições na área da antropologia buscam definir a família através de elementos comuns: regras proibitivas de relações sexuais entre parentes próximos ou o tabu do incesto, a divisão sexual do trabalho baseada no sexo e o casamento como instituição socialmente reconhecida. Segundo a autora, “a literatura antropológica é rica em dados que contestam a aparente naturalidade da família e que se apresentam como criação humana mutável”. (BRUSQUINI, 1989, p.4). Nessa concepção de família, a cultura enquanto atividade criadora vai definir através dos tempos, modelos de família, com papéis, regras, organização e tipo de bem-estar, próprios de cada período histórico. A família na perspectiva antropológica pode ser definida como

Grupo de indivíduos ligados por elos de sangue, adoção ou aliança socialmente reconhecidos e organizados em núcleos de reprodução social. É um grupo de procriação e de consumo, lugar privilegiado onde incide a divisão sexual do trabalho, em função da qual determina-se o grau de autonomia ou subordinação das mulheres. (BRUSCHINI, 1989, p. 4).

Bruschini (1989) salienta ainda as contribuições de Freud, o qual revelou a importância da família no desenvolvimento da personalidade humana, dando um grande impulso aos estudos da psicologia. Segundo a autora, na obra de Freud “encontramos o ponto de partida para a apreensão da família como uma complexa teia de vínculos e de emoções, que se expressa simultaneamente através do ódio e do amor”. (BRUSCHINI, 1989, p. 5). Os estudos de Freud inauguraram na Modernidade a idéia da família nuclear, centrada nas relações de afeto e, a partir de sua teoria, Bruschini (1989) defende que suas contribuições

acerca de família não podem mais analisar as relações familiares sem levar em conta o nível psicológico das relações sociais.

De acordo ainda com Bruschini (1989), a família não foi tema privilegiado na literatura marxista. Foi com a emergência do movimento feminista, a partir dos anos 1970, que essa vertente tem uma produção mais relevante ao recolocar a questão do trabalho na esfera reprodutiva. Para as feministas, a família seria um grupo social voltado para a reprodução da força de trabalho, na qual os membros do sexo feminino se encarregariam da produção de valores de uso na esfera privada, cabendo aos homens à produção de valores de troca, por meio da venda de sua força de trabalho no mercado. (BRUSCHINI, 1989). Assim, segundo Bruschini (1989) e Letablier (2007), a ascensão do movimento feminista marcou fortemente a produção científica a respeito da família, principalmente, através de questões referentes ao trabalho doméstico. A família passa a ser definida como a unidade social, na qual se realiza a reprodução do trabalhador, considerada como um grupo de consumo e de rendimento pela soma dos salários individuais de seus membros.

Quando remetemos a discussão sobre a família para o Serviço Social, segundo Mioto (2004), com base em Saraceno, estamos diante de uma família quando encontramos esse espaço construído de modo relativamente estável e não casual.

Em muitas culturas se está na presença de uma família quando subsiste um empenho real entre as diversas gerações, sobretudo quando esse empenho é orientado para a defesa das gerações futuras. Assim, podemos falar da família a partir de sua organização e relações. Também de outro ponto de vista, a partir das relações que essa família estabelece com outras esferas da sociedade, como por exemplo, o Estado, o mercado e o trabalho, já que essas relações familiares são construídas também a partir dessas outras relações, e não só das relações familiares em si. (MIOTO, 2004, p. 14).

Para Mioto (1997, p.120), *“não é possível falar em família, mas sim famílias”*. E o uso do plural deve indicar a diversidade de arranjos familiares possíveis na sociedade brasileira. A família pode ser definida, ainda, como “um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos”. Segundo a referida autora, a família teria como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros e se encontra dialeticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida.

Segundo Stamm e Mioto (2003), no âmbito dos estudos da área da saúde da família, a família é conceituada como:

Uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família que convivem por determinado espaço de tempo, com estrutura e organização para atingir objetivos comuns e construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos de adoção, interesse e ou afetividade. Tem identidade própria, possui e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive em um determinado ambiente em interação com outras pessoas e familiares em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promovem meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem - estar de seus membros. (ELSEN et al apud STAMM; MIOTO, 2003, p. 162).

De forma geral, a literatura aponta que a concepção e a importância atribuída à família têm sido relacionadas ao papel de socialização dos indivíduos e a configuração de relações afetivas, assim como, à reprodução social do trabalhador e às formas como ela se organiza economicamente. A família é reconhecida como uma instituição fundamental para a sociedade, considerada uma unidade de produção econômica de bens e serviços responsável em grande parte pela reprodução social. (LETABLIER, 2007).

Nesse sentido, Carvalho e Almeida (2003), nos trazem que:

A família é apontada como elemento - chave não apenas para a “sobrevivência” dos indivíduos, mas também para a proteção e a socialização de seus componentes, transmissão do capital cultural, do capital econômico e da propriedade do grupo, bem como das relações de gênero e de solidariedade entre gerações. Representando a forma tradicional de viver e uma instância mediadora entre indivíduo e sociedade, a família operaria como espaço de produção e transmissão de pautas e práticas culturais e como organização responsável pela existência cotidiana de seus integrantes, produzindo, reunindo e distribuindo recursos para a satisfação de suas necessidades básicas. (CARVALHO E ALMEIDA, 2003, p.109).

As mudanças que vem ocorrendo no âmbito da família acompanham as transformações que ocorreram ao longo de uma trajetória histórica e social na sociedade, que alteraram não só os modelos de família, como modificaram sua dinâmica, seu funcionamento e organização, e também, as relações de convivência dentro do ambiente doméstico com o surgimento de novas formas de se relacionar e diferentes arranjos familiares. (GOLDANI, 2002). Pode-se verificar que com o avanço da industrialização, da urbanização e da modernização das sociedades, e os efeitos que as transformações relacionadas à questão econômica e a organização do trabalho redundaram em mudanças na configuração das famílias. Outra questão relevante diz respeito a uma maior liberalização de princípios tradicionais ligados a questões religiosas e morais, que contribuíram para mudanças nas relações familiares, nas relações de gênero, na ampliação da autonomia dos diversos

componentes da família e em um exercício bem mais aberto e livre da sexualidade, dissociada das responsabilidades da reprodução. A presença das mulheres no mercado de trabalho passou a ser crescente, assim como a difusão e a utilização de práticas anticoncepcionais e a fragilização dos laços matrimoniais, com o aumento das separações e dos divórcios. Esses fenômenos associam-se a uma significativa redução da fecundidade e do tamanho médio das famílias e de seus arranjos familiares. (PEREIRA, 1995; GOLDANI, 2002; CARVALHO e ALMEIDA, 2003).

Segundo os referidos autores, constata-se que, principalmente a partir da década de 1970, os modelos tradicionais de família sofreram alterações com a queda na mortalidade e na taxa de natalidade, com o aumento da expectativa de vida (maior participação dos idosos nas famílias), a participação das mulheres no mercado de trabalho e aumento do número de mulheres chefes de família, entre outros. Para analisar as mudanças vivenciadas pela família Pereira (2005) tem utilizado os seguintes indicadores:

- ✓ Famílias menores devido à queda da taxa de fecundidade;
- ✓ Transformações da ciência e da tecnologia. Utilização da pílula anticoncepcional, a partir da década de 1960, e a fertilização *in vitro*, a partir da década de 1980, que possibilitaram a mulher tanto à liberdade de ter relações sexuais sem ter filhos, como a possibilidade de ter filhos sem ter relações sexuais;
- ✓ Transformações de hábitos e costumes. Destaca-se, a maior liberdade sexual e a maior liberdade dos pais para com os filhos (relações menos autoritárias), e aumento de uniões sem vínculos legais;
- ✓ Alteração na organização e composição familiar. Declínio de casamentos e aumento das separações, compensados pelo aumento de coabitações principalmente entre jovens; e também aumento de pessoas vivendo sozinhas;
- ✓ Transformações jurídicas. Exemplificadas com a legalização do divórcio e maior proteção contra a violência doméstica, como a Lei Maria da Penha, que traz à tona a intervenção do Estado no âmbito familiar.
- ✓ Aumento do número de famílias chefiadas por um só cônjuge, com incidência desse fenômeno sobre as mulheres. Nesse ponto, ganha destaque a condição das famílias chefiadas por mulheres com o aumento da pobreza, sobrecarga de despesas domésticas somadas à precariedade das políticas públicas. Segundo IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2006), no Brasil, entre 1995 a 2005 aumentou em 35% o número de famílias chefiadas por mulheres.

✓ Transformações societárias e econômicas. Em consonância com os processos de mudança ocorridos, no mercado de trabalho e na cultura aumentou o número de mulheres no mercado de trabalho.

Dentro disso e com base nos indicadores sociais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes aos anos de 1995 a 2006, verifica-se que os efeitos das transformações ocorridas na sociedade, relacionadas à questão econômica, à organização do trabalho, à revolução na área da reprodução humana, junto à mudança de valores e liberalização dos hábitos e dos costumes, resultaram em mudanças na organização das famílias. A diversidade de arranjos sexuais menores e mais variados, apresenta-se como uma constante nas famílias brasileiras, sendo assim, novos arranjos familiares surgem nesse contexto, tais como: as famílias monoparentais (principalmente de mães com filhos); casais sem filhos; famílias em que convivem três gerações (famílias extensas); famílias recompostas (casais que se unem após já ter vivido outro relacionamento com ou sem filhos); casais homossexuais, entre outros. Dentre as mudanças destacadas observa-se que a família também tem vivenciado um processo de empobrecimento acelerado, agravado pela perda gradativa da eficiência do setor público na prestação de serviços. Essa condição é ainda pior para as famílias com chefia feminina, cuja inserção no mercado de trabalho se dá de forma precária, conseqüentemente, apresentam-se mais vulneráveis à condição de pobreza. (IBGE, 2006; GOLDANI, 2002; PEREIRA, 1995).

Por conta de todas essas transformações a família tem diminuído sua capacidade de proteção e cuidado, tradicionalmente atribuídos a ela como uma de suas tarefas fundamentais. Nesse sentido, Pereira (1995), afirma que as mudanças no âmbito da família têm atingido e modificado os

[...] tradicionais mecanismos de solidariedade familiar, considerados elementos básicos de proteção dos indivíduos e anteparo primário contra as agressões externas e a exclusão social [...]. Esses mecanismos restringem-se, agora, a uma interação limitada e precária entre poucos membros da família, sendo difícil para a mãe ou pai solteiros ou descasados apoiar-se neles, mesmo que possuam uma rede vasta de parentesco. É que esta rede também é atingida por essas mudanças e tende a se apresentar relativamente dispersa. (PEREIRA, 1995, p.105).

Essa situação é agravada pela ausência de políticas públicas direcionadas às famílias, para aliviar sua carga de cuidado. Portanto, a ênfase atual na família como lócus privilegiado para promover programas e políticas sociais e, como fonte substituta ou complementar de muitas necessidades não oferecidas pelo Estado (cuidado com crianças e idosos), pode ser entendida, segundo Goldani (2002), pelo menos em dois sentidos: reconhecimento de que as

famílias se mantêm como importante instituição formadora de valores, atitudes e padrões de conduta dos indivíduos, com uma imensa flexibilidade e capacidade de gerar estratégias adaptativas; ou por outro lado, nas mudanças no envolvimento do Estado em termos econômicos e de bem-estar da população. Diante disso, torna-se evidente a necessidade de discutir a questão do cuidado, pois essa parece ser a chave para análise da relação família e serviços.

1.2 Aproximações conceituais sobre o cuidado

De maneira geral, não há entre os estudiosos um consenso sobre o conceito de cuidado. O conceito de cuidado tende a compreender ações ligadas aos sentimentos, como a compaixão, a doação, a preocupação com o outro e inclui tanto aquele desenvolvido no âmbito da família ou fora dela. Dentre aqueles desenvolvidos fora dela, tem merecido destaque o cuidado desenvolvido no âmbito dos serviços, particularmente de saúde, realizado por profissionais ou voluntários. O cuidado tem sido apresentado pelos estudiosos europeus a partir de uma visão polissêmica, vinculado ao trabalho de reprodução desenvolvido na família e tem seguido diferentes tendências teóricas (LETABLIER, 2007). Partindo de uma revisão bibliográfica sobre o tema e o interesse desse trabalho, tratamos desse conceito em duas diferentes linhas de debate. Dentre elas pode ser destacado o cuidado para a saúde e o cuidado como um trabalho familiar.

Partindo de uma perspectiva filosófica, Boff (1999) afirma que o cuidado se encontra na constituição do ser humano. Para o autor, qualquer ação sempre vem acompanhada de cuidado e imbuída de cuidado. O cuidar é a característica única do ser humano, sua essência se encontra no cuidado. O cuidado faz parte da essência humana e não é apenas um ato pontual, mas uma atitude de respeito, preocupação e responsabilização para com o próximo.

Se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, define, perde o sentido e morre. Se, ao longo da vida, não fizer com cuidado tudo o que empreender, acabará por prejudicar a si mesmo e por destruir o que estiver a sua volta. Por isso o cuidado deve ser entendido na linha da essência humana. (BOFF, 1999, p. 34).

Na medida em que, o que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado, então cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo, esta sim representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização

e de envolvimento afetivo com o outro. Assim, o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para a outra pessoa. (BOFF, 1999).

Ayres (2004) entende o cuidado como categoria ontológica e remete a discussão para o cuidado em saúde. Para o autor, normalmente quando se fala em cuidado de saúde ou cuidado em saúde, atribui-se ao termo um sentido já consagrado no senso comum, qual seja, “o de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de certo tratamento”. Contudo, o autor remete a discussão sobre o cuidado como um

Constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade. (AYRES, 2004, p.74).

Oliveira et al (2005) buscam caracterizar o cuidado, com base em Ayres (2004), a partir da capacidade dos profissionais da saúde de atender para além dos sentidos normativos e técnicos, ou seja, além do estrito recorte biomédico, mas que contemple as aspirações cotidianas dos usuários dos serviços, relacionadas à saúde, mas também e especialmente à vida de forma mais ampla, ao bem viver de modo geral. Ou seja, cuidar está mais relacionado aos aspectos subjetivos da interação entre equipe de profissionais da saúde e usuários. Os autores entendem ser necessário compreender e trabalhar com o que chamam de “projetos de felicidade” dos usuários e os modos como estes são construídos, obstaculizados e reconstruídos, pois ajudam a compreender não apenas a gênese dos processos de adoecimento e sofrimento que os usuários e as comunidades apresentam para os serviços de saúde, mas também o modo como são geridos e manejados no cotidiano dos serviços. (OLIVEIRA et al, 2005). Nesse aspecto,

A intervenção técnica se articula verdadeiramente como um Cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios e seu sentido prático, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissionais e usuários dos serviços. (OLIVEIRA ET AL, 2005, p.691-692).

Para Pinheiro e Guizardi (2004, p. 21), a noção de cuidado não apreende apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico, “mas como uma ação

integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como direito de ser. É o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social”. As autoras concebem o cuidado em saúde a partir da integralidade, concebida por elas como um termo plural, ético e democrático.

Historicamente, a atividade do cuidar sempre se desenvolveu no âmbito do privado, e aos poucos foi se tornando de âmbito público. Para Albiero (2003), o cuidado passou a ser assumido pela esfera pública a partir do impacto de dois grandes movimentos importantes. O primeiro se refere ao crescimento da demanda por mão-de-obra, produzido pelo avanço do capitalismo durante a Revolução Industrial, o que dificultou ou impossibilitou a manutenção dos cuidados no espaço familiar. E o segundo, é consequência do surgimento e desenvolvimento de grandes instituições hospitalares (asilos e manicômios), como prática controladora das pessoas que precisavam ser vigiadas e isoladas do convívio social.

Segundo Albiero (2003), foram os crescentes custos econômicos e sociais e a baixa efetividade na recuperação do doente que levaram ao questionamento, nos anos 60, dessa prática de institucionalização. Iniciou-se então uma revalorização do ambiente familiar e comunitário, firmando-os como espaço do cuidar e da assistência. Essa tendência pode ser observada em vários países do mundo, aliada a uma crescente adesão aos diversos movimentos sociais pelo fim dos manicômios e a desospitalização de pacientes. Essa linha seguiu-se nos anos 1980 e 1990 com as políticas de privatização e desestatização do setor público, principalmente ligado a área da saúde.

Atualmente, na saúde o debate sobre o cuidado tem sido valorizado pelo compromisso com o bem-estar do usuário, no contexto da Política Nacional de Humanização. Nessa perspectiva, o Guia Prático do Cuidador (2008) define o cuidado como:

Atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado. Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação. Percebendo isso, o cuidador tem condições de prestar o cuidado de forma individualizada, a partir de suas idéias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada. Esse cuidado deve ir além dos cuidados com o corpo físico, pois, além do sofrimento físico decorrente de uma doença ou limitação, há que se levar em conta as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada. (BRASIL, 2008, p. 7).

Esse mesmo Guia define o cuidador como

Um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. [...] É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração. (BRASIL, 2008, p.8).

Tanto na concepção de cuidado como na de cuidador, não são analisadas as implicações que ambos trazem para a vida da família. Não são evidenciados os gastos que a família tem, sejam, econômicos, materiais ou ainda de trabalho familiar empregado nessa atividade. O ato de cuidar é mais avaliado pelos aspectos emocionais que o mesmo acarreta, como defende Guia Prático do Cuidador (2008):

O cuidador e a pessoa a ser cuidada podem apresentar sentimentos diversos e contraditórios, tais como: raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação, choro, medo da morte e da invalidez. Esses sentimentos podem aparecer juntos na mesma pessoa, o que é bastante normal nessa situação. Por isso precisam ser compreendidos, pois fazem parte da relação do cuidador com a pessoa cuidada. É importante que o cuidador perceba as reações e os sentimentos que afloram, para que possa cuidar da pessoa da melhor maneira possível. (BRASIL, 2008, p.9).

De acordo com Klock, Heck e Casarim (2005), na saúde, os cuidados para a promoção da vida podem ser diferenciados em: cuidados de reparação da vida e cuidados de manutenção da vida. Enquanto no primeiro se necessita de ação direta e contínua de profissional da saúde, na segunda o cuidado pode ser realizado pelo próprio paciente ou pela família. Segundo as autoras, neste cenário “a família passa a ser um ator que, além de interagir e definir padrões de cuidado, tem uma participação na definição da saúde [...]”. (KLOCK; HECK; CASARIM, 2005, p. 239).

A enfermagem, bem como outras profissões, tem pensado a família como foco de cuidado primordial. Segundo Elsen (1984 apud STAMM; MIOTO, 2003, p.164), a família é considerada um sistema de saúde para seus membros. A autora identificou em seus estudos, ser o conjunto de valores, conhecimentos, práticas e crenças o principal pilar que sustenta as ações da família na promoção da saúde de seus membros, na prevenção e no próprio tratamento da doença. Segundo a autora, “é nesse sistema que ocorre todo o processo de cuidado, no qual a família toma as iniciativas necessárias frente às situações de doença, supervisiona, avalia, busca ajuda, estando continuamente atenta e disponível para cuidar”. Em relação ao cuidado familiar, ele pode ocorrer entre gerações, com pais cuidando dos filhos e por vezes, filhos cuidando dos pais. A redistribuição de papéis é outro aspecto apontado pela

autora, isto ocorre ao longo do processo de vida da família, em suas respectivas etapas e, cada estágio requer uma forma de cuidado.

Segundo Leal (apud LOPES, 2008), o cuidado assumido pela família pode ser entendido como reposta de suporte físico, emocional e social em relação à condição e situação solicitada pelo paciente. É o compromisso com a promoção do bem-estar e com a ajuda nas suas atividades da vida diária, dedicando tempo, paciência, atenção e oferecendo suporte à pessoa, para aquilo que ela só pode fazer com a ajuda do outro. Compreende-se assim os cuidados e as atividades desenvolvidas com alimentação, higiene, saúde, educação, lazer, entre outros.

Para Oliveira e Marcon (2007, p.68), o cuidado realizado pela família ou o cuidado familiar “é caracterizado por ações e por interações presentes no núcleo familiar, direcionado a cada um de seus membros, com o intuito de alimentar e fortalecer o seu crescimento, o seu desenvolvimento, a sua saúde e seu bem-estar [...]”. Nesse sentido, segundo as referidas autoras, a família é percebida pela equipe de enfermagem do Programa Saúde da Família (PSF) como instância provedora de cuidados. No entanto, as autoras identificaram certa dificuldade por parte dos profissionais de saúde em definir o conceito de família. O que pode ser justificada, em parte, pela ausência de um arcabouço teórico prático que sustente as ações das equipes para trabalhar na proposta do PSF. Por outro lado, os profissionais revelaram ciência das alterações nos arranjos familiares ocorridas nos últimos anos em decorrência das mudanças sociais nos diferentes grupos ou classes.

Nessa perspectiva, Mioto (2004) aponta para os riscos que a incorporação da família como sujeito de referência nesse novo modelo pode trazer. A autora indica que, grosso modo, duas são as perspectivas adotadas: uma que defende a centralidade da família, apostando na sua capacidade imanente de cuidado e proteção, na qual a família é vista como o centro do cuidado e da proteção por excelência. E a outra que entende que a capacidade de cuidado e proteção da família está diretamente relacionada ao cuidado e à proteção que lhe são garantidos através das políticas sociais, especialmente das políticas públicas. Segundo a autora, a primeira perspectiva tem como base a ideologia corrente da responsabilidade familiar em relação ao destino de seus membros e de seu próprio destino, na qual o processo de responsabilização e disciplinarização das famílias é uma necessidade para o processo de construção do cuidado. Essa perspectiva foi sendo reatualizada e incrementada a partir dos ajustes estruturais que contribuíram para a reformulação do papel do Estado, tanto em relação à economia, quanto em relação às suas responsabilidades como provedor de políticas econômicas e sociais. A segunda, perspectiva em direção oposta, reconhece que a família tem

papel importante na proteção social de seus membros, sendo necessário, para tanto, que disponha de condições de vida compatíveis à produção da saúde, especialmente para o exercício do cuidado cotidiano de seus membros, sobretudo com as crianças, os adolescentes, os idosos e os doentes. (MIOTO, 2004).

Mioto (1997) lembra que profissionais ligados ao cuidado com famílias, embora acreditem não se tratar de um grupo natural, acabam naturalizando suas relações, usando estereótipos como o de ser pai, mãe e filho. É esquecido que cada família possui sua própria dinâmica, que é construída entre seus membros. Assim, observa-se que os serviços naturalizam a questão do cuidado como uma atribuição da família, sem levar em conta os limites e as implicações da delegação do cuidado às famílias.

Segundo, Letablier (2007) considera o cuidado como trabalho familiar, o qual teve origem na noção de trabalho voluntário, associada à crítica das feministas de orientação marxista sobre os sistemas de proteção social. Para a corrente feminista, o conceito de cuidado busca dar uma forma ao trabalho não remunerado, ao trabalho invisível de ajuda e cuidados às pessoas. Esta noção abarca o trabalho cotidiano de cuidados às pessoas que apresentam alguma dependência, às crianças, aos adultos e idosos, dentro do que as feministas chamam trabalho de reprodução social da família. Para elas, é a noção de trabalho remunerado e não remunerado que constrói a fronteira entre a esfera pública e privada. Portanto, o conceito de cuidado teria uma dupla origem, por um lado o trabalho voluntário das mulheres na família e na comunidade para ajudar a promover o cuidado de seus membros. E por outro, o papel da família na proteção social dos indivíduos. (LETABLIER, 2007).

A autora propõe como definição de cuidado

La ayuda a un niño o a una persona adulta o anciana dependiente en su vida cotidiana o en su bienestar. Abarca al mismo tiempo la reponsabilidad material (el trabajo), económica (el coste) y psicológica (el lado afectivo, la emoción, los sentimientos). Puede realizarlo un miembro voluntario de la familia, o una persona remunerada, dentro o fuera de ella. La naturaleza de la actividad varía si la efectúa un miembro de la familia o si se delega a personas que no son parte de ella, y también si es remunerada o no. (LETABLIER, 2007, p.66).

Letablier (2007) utiliza a expressão “trabalho centrado no outro” para situar o cuidado. Pois a especificidade desse trabalho consiste no fato de ser um serviço que depende de uma relação que se estabelece com o outro, dentro ou fora da família. Dentro da família sua característica lhe confere uma dimensão moral, marcada pela abnegação, pelo dever e uma dimensão emocional marcada pelo amor, compaixão, gratidão. Além da obrigação legal que a

família tem de prestar ajuda e assistência, ou ainda, o auxílio econômico para seus membros, o que está em jogo são as emoções dos sujeitos envolvidos no cuidado e como se estabelece esse vínculo familiar. E fora da família, o trabalho de cuidado constitui uma relação de serviço direto de atenção às pessoas, que implica altruísmo e preocupação com os outros.

Segundo Aguirre (apud MIOTO, 2009), o cuidado caracteriza-se como

Uma atividade, geralmente feminina e não remunerada, pouco reconhecida ou valorizada. Contém tanto uma dimensão material, como imaterial que se refere aos vínculos afetivos e, portanto, é de natureza relacional. Embora seja o resultado de pequenos atos, conscientes ou inconscientes, não pode ser considerado natural ou sem esforço, uma vez que implica em tempo, conhecimento, ação, além dos sentimentos. (MIOTO, 2009, p. 20).

Ainda segundo a autora, o cuidado pode ser provido tanto de forma remunerada como não remunerada e em ambos os casos está marcado por uma relação de serviço e inclui preocupação com o outro. A presença maior ou menor do cuidado pago ou não pago se faz em consequência de eleições políticas, valorização cultural compartilhada e das relações de gênero imperantes e pode ser classificado em dois tipos principais: aquele proporcionado às crianças e jovens que, apesar da obrigação, resultam em grande fonte de gratificação e aquele denominado assistencial, que é dispensado por ocasião de enfermidades crônicas ou agudas ou incapacidades. (AGUIRRE apud MIOTO, 2009).

De forma geral, em relação à noção de cuidado, temos que esse trabalho está reservado essencialmente às mulheres, que se realiza dentro da família e se exterioriza na forma de serviços às pessoas. De acordo com Letablier (2007), alguns estudiosos como as americanas Nancy Chodorow (1976) e Carol Gilligan (1982) apontam para o caráter sexuado do conceito de cuidado e para a existência de uma “ética do cuidado”, que caracterizaria a identidade das mulheres. As noções de ajuda, cuidado e atenção estariam extremamente associadas à natureza feminina, a ponto de se considerar o cuidado como um “trabalho de amor”. Essa corrente apesar de entender o trabalho de cuidado a partir de uma ética especialmente feminina e uma filosofia moral, tem inspirado reivindicações a favor do reconhecimento desse trabalho na forma de remuneração, especialmente em termos de salário familiar ou maternal e de acesso aos direitos sociais na Europa. (LETABLIER, 2007)

A discussão acadêmica e política sobre a relação famílias e serviços veio na esteira do debate feminista de orientação marxista, ocorrido a partir da década de 1970, que colocou em pauta a questão do trabalho da mulher. Isso criou novas possibilidades de análise sobre a família na sua relação não só com o mercado, mas também com o Estado, especialmente no

campo da política social. (MIOTO, 2009). Nessa perspectiva Saraceno (1996, pg. 233), introduz o conceito de trabalho familiar que vem substituir progressivamente o restrito conceito de trabalho doméstico². Esse novo pensamento tem a finalidade de dar visibilidade a todo tipo de trabalho necessário para a reprodução social e criações cotidianas da família e dos indivíduos que a compõe. O trabalho familiar se refere e é motivado pelas relações familiares, implica contemporaneamente, dimensões consistentes de trabalho material e de elaboração simbólica, de cuidado e atendimento às necessidades dos indivíduos e de atenta avaliação de prioridades de recursos. É o trabalho que ocorre na relação face a face entre indivíduos, família e sociedade, na rede de parentesco e amigos, ao sistema dos serviços e ao mercado de trabalho. Portanto, a referida autora considera que o trabalho familiar inclui o trabalho doméstico, o trabalho de cuidado também denominado “trabalho do amor”, e o trabalho de construção das relações entre família e serviços³.

Desse modo, o cuidado é uma dimensão importante do trabalho familiar e assim o cuidado, além de ser objeto de um debate conceitual, é também uma questão política chave em relação à reestruturação dos sistemas de proteção social. (LETABLIER, 2007). Saraceno (apud MIOTO, 2009) entende que a divisão do trabalho familiar pode ser favorecida ou não pela política social, especialmente, através dos serviços. Segundo a autora, o trabalho familiar tem se constituído em recurso da política social. Um trabalho invisível, realizado essencialmente pelas mulheres. Para essas autoras o cuidado realizado na esfera privada (na família) precisa ser repensado, pois, com a saída da mulher para o mercado de trabalho surgem os problemas referentes às obrigações familiares e sua divisão. A questão tanto se coloca em nível da distribuição da responsabilidade do cuidado entre o Estado, a família, o mercado, como na sua distribuição interna, ou seja, dentro da família entre homens e mulheres e também entre gerações.

Esse questionamento tem se colocado como primordial na contemporaneidade e no Brasil, no qual se visualizam mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, com conseqüente aumento da sobrevivência da população idosa, e a presença de doenças crônico-degenerativas. Há cada vez mais idosos dependentes de suas famílias e das estruturas de saúde

² Segundo Bruschini (2006) devido à ausência de um conceito que desse visibilidade ao trabalho doméstico, este permaneceu, por muito tempo, ignorado nos estudos sobre o trabalho. Os estudos sobre a divisão sexual do trabalho, porém, não tiveram dificuldade em mostrar o estreito vínculo entre trabalho remunerado e não remunerado. Ou seja, o trabalho doméstico - aquele realizado na esfera privada do âmbito doméstico, sem remuneração, no espaço da reprodução social.

³ Tradução feita pela Profª. Drª. Regina Célia Tamaso Miotto em grupo de estudo realizado durante a pesquisa: “As ações profissionais do assistente social na atenção básica da saúde: contribuições para o debate sobre intersetorialidade e família na construção da integralidade”.

do setor público ou privado. Estima-se que uma parcela de 10% da população acima de 65 anos necessite de auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas. (KLOCK; HECK; CASARIM, 2005).

Assim, o cuidado está sendo tratado nesse estudo como um conceito polissêmico, vinculado ao trabalho de reprodução social desenvolvido na família a partir da crítica da corrente feminista de orientação marxista, que entende o cuidado como um trabalho familiar, um trabalho não remunerado e executado essencialmente pelas mulheres. Nesse sentido, as transformações que vêm ocorrendo no âmbito da família têm levado a uma ampla discussão sobre como a família vem sendo incorporada no âmbito da política social. Essa necessidade se impõe ainda mais quando se trata da política de saúde onde a família é considerada parceira fundamental na gestão do cuidado. Portanto, é sobre o debate da proteção social que versa a próxima seção. No contexto desse debate será particularizada a vinculação família, cuidado e política de saúde, com ênfase especial a Política Nacional de Humanização.

SEÇÃO II

2. FAMÍLIA E POLÍTICA SOCIAL

No contexto das sociedades modernas, a família tem dividido com o Estado e mercado a provisão do bem-estar social. Porém, esse não é um fato novo, pois ao longo da história, através de suas mais diversas configurações, a família sempre desempenhou papel significativo na conformação da proteção social nas diferentes sociedades e em seus diferentes períodos sócio-históricos. De acordo com Lima (2006), a família sempre teve a maior parte de responsabilidade em relação ao bem-estar de seus membros. Para tanto, sempre se utilizou das práticas de solidariedade e de ajuda e, principalmente, dos fortes vínculos emocionais que é capaz de estabelecer entre os seus membros para promover os cuidados, disponibilizar bens, serviços e favores para garantir o bem-estar das pessoas.

Atualmente muito se tem discutido, tanto sobre o papel destinado às famílias na reprodução social, como sobre as possibilidades de exercício da proteção social de seus membros no contexto societário contemporâneo. Salienta-se que nesse processo a proteção social exercida pela família não um processo natural, mas, delegado a ela pela sociedade e pelo Estado. E para dar conta de todas as suas obrigações, a família cria estratégias, inclusive de sobrevivência, pautadas principalmente na solidariedade familiar. Tradicionalmente, essa solidariedade é utilizada no âmbito da política de saúde, para viabilização dos processos de atenção e cuidado a saúde. Neles, a família é sempre requisitada para estabelecer uma série de relações institucionais ou não, para garantir o bem-estar de seus membros.

2.1 Família e proteção social

Di Giovanni (1998) considera que as sociedades sempre alocaram recursos ou esforços para realizar suas atividades de proteção social. Para o autor, os sistemas de proteção social são caracterizados pelas formas, mais ou menos institucionalizadas, que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros, com princípios reguladores e normas que fazem parte da vida das coletividades.

Tais sistemas decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio e as privações. Incluo neste conceito tanto as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais (como a comida e o dinheiro), quanto bens culturais (como os saberes), que

permitirão a sobrevivência e a integração, sob várias formas, na vida social. (DI GIOVANNI, 1998, p.10).

Historicamente, a proteção social esteve ao encargo dos senhores e da igreja que contavam com a rede familiar e comunitária para prover alguma forma de amparo aos doentes, aos inválidos, aos idosos, etc. Essa ação era baseada nos princípios cristãos, na moral, na caridade e na solidariedade, realizada por meio das redes de solidariedade e ajuda mútua, exercida principalmente pelas famílias e constitutivas de relações de gênero e gerações (LIMA, 2006). Segundo Lima (2006, p.135), ao abordar a relação família e proteção social “percebe-se que este não é um assunto novo, ao contrário, atravessa a história da humanidade e está intrinsecamente ligada aos aspectos políticos, econômicos, culturais e sociais que determinam a vida em sociedade”. Nesse sentido, Miotto (2008) assinala que a família, ao longo de sua história, por meio de suas diversas configurações, sempre desempenhou importante papel no âmbito da proteção social.

Com o desenvolvimento do capitalismo ocorreram mudanças radicais nas formas tradicionais de prover a proteção social até então asseguradas pela família, pela igreja e pelos senhores feudais através de ações solidárias (MIOTTO, 2008). Nesse contexto, Miotto (2008, p.131), com base em Secombe (1997), discorre sobre os impactos que o capitalismo provocou na família, “[...] dentre outros aspectos, os efeitos que a separação rua e casa, a divisão de tarefas entre a mulher (em casa) e o homem (no trabalho), a instauração do salário individual e com ele o ideal do ‘macho que mantém a família’, tiveram nas relações e nas condições de vida da classe operária”. Segundo Miotto (2008), com a consolidação da família como instância privada, com clara divisão de papéis entre homens e mulheres e do trabalhador responsável pela provisão familiar, a família passa a ser considerada como fonte de proteção social por excelência. Porém, as condições objetivas colocadas, com o modo de produção capitalista de orientação liberal, não proporcionavam às famílias condições de prover a proteção social. Para Di Giovanni (1998), com o capitalismo ocorre “uma grande debilidade nos vínculos de proteção social”.

Desmoronavam-se o parentesco e a assistência mútua, típicas das pequenas comunidades rurais. Tais mecanismos de solidariedade social desapareceram no meio urbano onde a perda do emprego e dos rendimentos se constituía em dramáticas situações de pobreza e desamparo. (DI GIOVANNI, 1998, p. 19).

Desse modo, o enfraquecimento das tradicionais formas de proteção, agregado ao processo de industrialização crescente, que trazia consequências para a vida do trabalhador e de sua família, como a precariedade do trabalho pelo risco do trabalhador, aumento da pobreza ocasionado pelos baixos salários e desproteção de crianças, mulheres e outros dependentes, e também, pelo acelerado processo de migrações, principalmente do campo para a cidade que gerava problemas urbanos, como a falta de saneamento, higiene, segurança, desemprego, entre outros, forçaram a intervenção do Estado de forma mais direta na proteção social. (LIMA, 2006; MIOTO, 2008).

Essa intervenção ocorre e intensifica-se, principalmente devido ao agravamento da questão social⁴ em meados do século XX, momento em que a proteção social passa a ser assumida como função do poder público, exercida pelo Estado, que se viu obrigado a intervir cada vez mais nos processos de produção e reprodução da vida social. Essa intervenção do Estado na regulação social representou a existência de um conjunto de garantias, mais ou menos extensas, operacionalizadas por meio de ações políticas e econômicas, sendo conhecida como Estado de Bem-estar Social. Nesse contexto, a proteção social passa a ser entendida enquanto direito de cidadania e dever do Estado. (DI GIOVANNI, 1998; POCHMANN, 2004). Nessa mesma perspectiva, Montañó (2006) refere que foi

Com o desenvolvimento do capitalismo monopolista, sua expansão produtivo - comercial consolidada após a Segunda Guerra (1945) e com as lutas de classes, que surge e se expande um padrão de resposta às manifestações da “questão social”, fundamentalmente mediante a intervenção das políticas sociais estatais. (MONTAÑO, 2006, p.142).

Porém, o aparecimento de formas mais complexas de proteção social não significou o desaparecimento dos tradicionais mecanismos de exercício de bem-estar. De acordo com Di Giovanni (1998), o que se observa é a convivência entre estes, embora, em períodos históricos diferentes se constate o predomínio de uma ou outra forma, de um modo ou de outro. Segundo o autor, historicamente o exercício da proteção social pode ser considerado a partir de três modalidades, não excludente entre si, que é a tradição, a troca e a autoridade. A tradição compreende valores como a caridade, a fraternidade e a solidariedade, na qual se

⁴ Segundo Iamamoto (2008, p. 156), “a gênese da *questão social* na sociedade burguesa deriva do caráter coletivo da produção contraposta à apropriação privada da própria atividade humana - o trabalho -, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. É inseparável da emergência do “trabalhador livre”, que depende da venda de sua força de trabalho como meio de satisfação de suas necessidades vitais. Assim, a *questão social* condensa o conjunto das desigualdades e lutas sociais produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais [...]”.

encontra a família, a rede de vizinhança, as práticas religiosas e os muitos processos de ajuda mútua. A troca refere-se a um conjunto de práticas econômicas “que perpassam desde relações face a face, até a impessoalidade das forças de mercado”. E a autoridade, que consiste na modalidade política de alocação de recursos, configurada no Estado, como gestor, produtor e regulador da proteção social.

Para Di Giovanni (1998), a proteção social pode ser realizada a partir de duas esferas, a de âmbito privado e de âmbito público. No âmbito privado, a proteção social está fundamentada nas relações de mercado, ou ainda, inclui instituições não mercantis, como a família, a igreja, entidades filantrópicas e outras. Já no âmbito público, a proteção social operacionaliza-se por meio de recursos alocados para este fim pelo Estado, que pode ser concretizado por meio da política social através do acionamento de uma complexa rede de recursos institucionais, políticos e econômicos. “A proteção social exercida através do Estado é assumida como função do poder público e representa a existência de um conjunto de garantias, mais ou menos extensas, através da intervenção política e administrativa.” (DI GIOVANNI, 1998, p.12).

Segundo Mioto (2008), o exercício da proteção social pelo Estado nunca deixou de ter na família papel significativo na organização e desenvolvimento dos diferentes sistemas de proteção social, mesmo nas sociedades, onde os trabalhadores no século XX obtiveram consideráveis conquistas, “a família compôs junto com o Estado e mercado a tríade responsável pelo bem-estar”. De acordo com a autora, com base em Esping-Andersen (1991), os sistemas de proteção social

Estruturam-se a partir das diferenciações existentes em relação à desmercadorização, aos padrões de estratificação promovidos pelas políticas sociais e pela forma que se entrelaçam o papel do mercado e da família com as atividades estatais. São essas condições que possibilitam analisar a proteção social nas diferentes sociedades na perspectiva da emancipação da família em relação ao mercado, bem como identificar até que ponto o Estado funciona como fonte de apoio à família na proteção social. (MIOTO, 2008, p.134).

Nessa perspectiva, para Esping-Andersen (apud MIOTO, 2008) a proteção social exercida pelo Estado e sua relação com a família pode ser analisada a partir de dois conceitos chaves: a desfamíliação e o familismo. A desfamíliação “refere-se ao grau, no qual as responsabilidades de bem-estar social e cuidados das unidades familiares são abrandados – seja via provisão de bem-estar social pelo Estado, ou pela provisão do mercado”. O processo de desfamíliação pressupõe a diminuição de encargos familiares e a independência da

família em relação ao parentesco, através de políticas sociais destinadas tanto às famílias quanto aos indivíduos. O familismo “[...] é aquele em que a política pública considera que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros” e corresponde a uma menor provisão de bem-estar por parte do Estado. (MIOTO, 2008, p.135, 136).

Já De Martino (2001) usa a expressão “neo-familiarismo” para tratar dessa relação entre as políticas sociais e a família no modelo de Estado neoliberal. De acordo com essa perspectiva, as fontes de apoio da família são reduzidas, diminuindo também as possibilidades de onde e a quem recorrer fora da esfera familiar. Nesse modelo, a família tem compartilhado com o Estado a função de dar conta da reprodução e proteção de seus membros. Assim, se o Estado ampliar os serviços destinados à família nos diferentes setores (saúde, educação, habitação, assistência social e lazer), fornecendo apoio nos aspectos emocionais e materiais de forma ampla e universal, aliviará as famílias no exercício das suas atividades diárias. Do contrário, no momento em que o Estado deixa de ofertar esse tipo de serviços elas são sobrecarregadas, e conseqüentemente as famílias mais pobres serão as mais afetadas.

2.2 A família na política social

Os estudos sobre a família na política social tendem a adotar como marco analítico, o surgimento da sociedade industrial urbana, momento no qual a família, junto com a comunidade, deixa de ser considerada como grande fonte de proteção social, como já mencionado, a proteção social passa a ser assumida pelo Estado, especialmente pelo Estado de Bem-estar social. Porém, a construção dos sistemas de proteção social teve na família do trabalhador o foco principal de socialização dos benefícios do seguro social, na figura do trabalhador enquanto provedor do grupo familiar. Ou seja, mesmo após a estruturação do Estado de bem-estar social, a família continuou funcionando como unidade econômica e de serviços “parceira” do Estado na proteção social dos indivíduos. (MIOTO et al, 2006; MIOTO, 2008)

Quando se remete à família a discussão acerca da política social, é necessário compreender e desvelar o lugar que esta ocupa no âmbito da proteção social e quais as implicações das diferentes vertentes analíticas na implementação de políticas sociais. Com base numa revisão de literatura sobre família e Estado de Bem - Estar Social, Campos e Mioto (2003) destacam que o papel da família assumiu proporções diferentes na estruturação dos sistemas de proteção social e no desenvolvimento da política social em diferentes países. As

autoras apresentam três modelos distintos no que concerne à posição da família nos sistemas de proteção social: a família do provedor masculino, a família nos sistemas de proteção social de orientação social-democrata e o sistema de proteção social familista ou “familismo”.

A família do provedor masculino tem como característica uma perspectiva comum aos países que vivenciaram o Estado de bem-estar social, na qual a referência para a proteção social é o trabalhador assalariado. A maioria dos Estados de bem-estar social pauta os benefícios da proteção social na família do trabalhador masculino. Este é considerado o provedor da família, a ele é repassado o benefício social para que seja transferido para os demais membros. A família apresenta-se simultaneamente como uma unidade econômica com dependentes e “chefes de família” responsáveis pela redistribuição da renda. Sendo esta perspectiva alicerçada no trabalho, como porta de entrada ou acesso à proteção e está baseado numa “solidariedade familiar que implica trocas intergeracionais e de gênero constantes e fundamentais à sobrevivência de todos.” Nesse contexto, à mulher cabe a proteção e os cuidados dos filhos e da casa. (CAMPOS e MIOTO, 2003, p.168).

Nos sistemas de proteção social de orientação social-democrata a família é vista a partir do objetivo que o Estado assume de “socializar antecipadamente os custos enfrentados pela família sem esperar que a sua capacidade se esgote” (CAMPOS e MIOTO, 2003, p. 174). Isto significa que as políticas de proteção social devem atender às necessidades da família, no entanto, os recursos são disponibilizados diretamente aos indivíduos, materializados por transferências monetárias realizadas pelo Estado, o que garante certa autonomia dos indivíduos em relação à família. Segundo Lima (2006, p.58), com base em Esping-Andersen, são os regimes de proteção social de orientação social-democrata que diminuem os encargos sobre a família, reduzindo a dependência dos indivíduos ao núcleo familiar e de parentesco, já que os benefícios são transferidos aos indivíduos diretamente. Favorecendo a saída das mulheres ao mercado de trabalho, tornando-as autônomas e independentes em relação ao homem que, por sua vez, deixa de ser o único provedor da família.

De maneira oposta, no sistema de proteção social familista ou no familismo, a família deve assumir a principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros, servindo de alternativa para que o Estado se exima desse dever. Nessa perspectiva, o grupo familiar passa a ser considerado e analisado como uma unidade econômica com dependentes e chefes de família, que redistribuem renda e como uma unidade “doadora de cuidados”, também a partir de redistribuição interna de tarefas. Na segunda, observa-se que à mulher cabe o papel de principal provedora do cuidado dos membros que compõem a organização familiar. Seu trabalho não é remunerado e a mulher torna-se dependente economicamente de algum

provedor, o marido ou os filhos. O provimento de cuidado dos membros da família é naturalmente entendido como tarefa feminina e não garante às mulheres maiores direitos, a não ser licenças nos empregos, mais recentemente uma aposentadoria para “donas de casa”. (CAMPOS e MIOTO 2003, p. 7).

No Brasil, considera-se que o Estado nunca chegou a consolidar um sistema de proteção social tal como o Estado de Bem-estar Social. Ao contrário, o processo de constituição do sistema de proteção social foi marcado pela estrutural desigualdade sócio – econômica. Um modelo centrado no trabalhador urbano aliado a uma estrutura assistencial meritocrático de distribuição voltada para população empobrecida, excluída do mercado formal de trabalho (MIOTO et al, 2006). De acordo com Campos e Miotto (2003), o sistema de proteção social brasileiro identifica-se com o modelo familista, onde se observa a centralidade histórica da família na produção do bem-estar.

Tomando como parâmetro os diferentes lugares que a família ocupa nos sistemas de proteção social e relacionando-os à situação brasileira [...] é possível afirmar que no país temos uma orientação eminentemente “familista”. Deve-se reconhecer que esta não é uma característica nova, mas incrementada vertiginosamente desde a última década do século passado. Este incremento [...] parte da lógica político-econômica pautada nas agências internacionais, e há expectativa de que a família exerça um papel decisivo, até substitutivo, em relação ao acesso, cada vez mais incerto, ao sistema de direitos sociais. (CAMPOS e MIOTO, 2003, p. 181, 182).

No Brasil, historicamente a família tem compartilhado com o Estado a função de dar conta da reprodução e proteção de seus membros. Segundo Lima (2006), de uma forma geral, os reais recursos disponíveis para a família efetivar os cuidados e a proteção social sempre foram a solidariedade familiar e de vizinhança. Por outro lado, o governo brasileiro criou toda uma legislação em função da família, demonstrando um forte intervencionismo e controle na esfera familiar, no sentido de estabelecer regras e padrões ligados ao seu papel na reprodução social. Nessa perspectiva, Campos e Miotto (2003) apontam que as diretrizes contidas nas primeiras leis brasileiras direcionadas às famílias, buscavam orientá-las quanto aos cuidados com a maternidade, educação dos filhos, o trabalho feminino e sua contribuição à ordem moral e social, entre outras, contidas no Estatuto da Família de 1939. O Estado passa a assumir uma postura política direcionada à família, com proposição de regras para o casamento, incentivos financeiros, subsídios para aquisição da casa própria e outros. (CAMPOS; MIOTO, 2003, p. 176).

Campos e Miotto (2003) apontam, por exemplo, os artigos do capítulo VII da Constituição de 1998 – “que tratam especificamente sobre a família, a criança, o adolescente e o idoso e atribui aos filhos à obrigação de cuidar dos pais quando estes chegarem à velhice, em situação de carência ou doença, bem como estabelece a responsabilidade dos pais na criação dos filhos (artigo 229)”. A orientação constitucional familista é refletida nas legislações que evidenciam a responsabilidade familiar para assegurar a reprodução social. Dessa forma, o Estatuto da Criança e Adolescente – Lei 8069 de 13 de julho de 1990, a Lei Orgânica de Assistência Social – Lei 8742 de 07 de dezembro de 1993 e o Estatuto do Idoso – Lei 10741 de 01 de outubro de 2003, entre outras, priorizam a família para o atendimento dos seus membros. E mais recentemente a Política Nacional de Assistência Social, cuja orientação indica a matricialidade sócio-familiar, com a proposição de elaboração e execução de serviços, programas e projetos baseados na família e na sua territorialidade como foco da política.

E, embora acenem para uma responsabilidade compartilhada entre Estado, sociedade e família, a responsabilidade familiar é focada e reforçada. Através da análise da mencionada legislação constata-se que cabe à família o dever de prover a proteção, ao Estado cabe a função subsidiária, fornecendo provisão pública para quem não é capaz de prover a sua manutenção ou de tê-la provida pela sua família. (LIMA, 2006, p.69).

Conforme Lima (2006), no campo da política social, com a Constituição de 1988, a família ganhou centralidade no debate sobre a produção do bem-estar. Com o reconhecimento e valorização das potencialidades familiares, da sua função socializadora e da importância dos vínculos afetivos para o desenvolvimento e bem-estar do indivíduo. Trazendo o cuidado para o campo da proteção social, este deverá ser realizado em situação de “desproteção” de algum membro da família. O Estado passa a ressaltar a importância da convivência familiar e comunitária para o bem-estar dos indivíduos e responsabiliza a família pela execução das tarefas, inclusive, pelo cuidado considerado como um ato de amor e de solidariedade.

No Brasil, a intervenção do Estado, sob a perspectiva familista, tende a ocorrer de forma focalizada, com políticas setoriais e com ações mais controladoras sobre a família, em especial nas famílias pobres. Assim, o que se tem observado na realidade brasileira é um apelo à família quanto à efetivação da proteção social, os programas sociais são organizados de modo que a família seja co-responsável nesse processo, são exemplos, na assistência social os programas de transferência de renda (Bolsa Família) e na saúde a Estratégia Saúde da Família. Percebe-se que junto à organização de uma cultura solidária, o Estado continua

organizando suas ações apostando na capacidade da família de cuidar e proteger, a família passa a ser considerada a “salvadora” dos problemas sociais, a ela é direcionada os serviços, programas e projetos.

Seguindo essa linha do pensamento, Carvalho e Almeida (2003) entendem que a família vem exercendo o papel de amortecer as crises do país, isso ocorre principalmente a partir dos anos 1980. Segundo os autores, a família tem viabilizado as condições de reprodução social do trabalhador brasileiro. E apesar de fatores como os baixos salários, a carência e serviços públicos e outros, os quais se mostram desfavoráveis à referida reprodução, tem se destacado o papel desempenhado pela família nesse processo. Carvalho e Almeida (2003) evidenciam que a reprodução do trabalhador brasileiro vem sendo viabilizada em decorrência de uma lógica de solidariedade e de um conjunto de práticas no campo de ação dos grupos domésticos, que atuam como unidades de formação de renda e de consumo, procurando maximizar os recursos a sua disposição. Essa ação tem se caracterizado por

“estratégias familiares” ou “estratégias de sobrevivência”, que procuram dar conta de um conjunto de práticas de trabalho, não trabalho, consumo e reivindicações. Por meio dessas práticas, rendas seriam obtidas e reunidas em um orçamento comum e despendidas segundo critérios estabelecidos no âmbito da unidade familiar, com o objetivo de atender da melhor forma possível às necessidades de seus diversos membros. (CARVALHO; ALMEIDA, 2003, p.111).

Na política social brasileira, cada vez mais são atribuídas à família responsabilidades que estão aquém de suas possibilidades, principalmente quando se trata de famílias em situação de extrema vulnerabilidade. Esse cenário é agravado nos anos 1990, quando o neoliberalismo ganha força na condução da política social. Com a saída do Estado do cenário social, tem-se aumentado o deslocamento da provisão de bem-estar da esfera pública para a esfera privada, tanto mercantil como não mercantil, acaba-se delegando exclusivamente para a família a função de dar conta das suas necessidades sociais.

Com uma maior valorização da família, há também a deliberação por parte dos governos neoliberais de forçar o maior comprometimento e responsabilização da família com a reprodução social. Segundo Lima (2006, p 65), “há a redescoberta da importância dos laços de parentesco como fonte de cuidado e proteção do grupo familiar e conseqüentemente o reconhecimento e valorização da família como uma importante instância geradora de cuidados”. De acordo com Mioto (2008), o Estado neoliberal passa a direcionar os serviços, programas e projetos para àquelas famílias que estão em risco de falhar na sua função de

proteção e ao deixar de assumir a viabilização da proteção social em âmbito universal, mantém como critério de execução das políticas sociais a seletividade, voltando-se para os mecanismos tradicionais de solidariedade social.

Pereira (1995), afirma que a retomada da família pode representar um equívoco, se não for devidamente discutida. O principal equívoco,

[...] consiste em se conceber a família atual tal como ela era há cinquenta anos e incumbi-la de tarefas domésticas das quais ela já se livrou. Hoje em dia devolver para a família os cuidados com crianças, idosos, enfermos e deficientes, em nome da descentralização das funções do Estado e da parceria, é regredir na história das conquistas sociais e destituir direitos a duras penas conquistados. (PEREIRA, 1995, p. 111).

A centralidade da família na política social, para Mioto (2004), está ancorada sobre duas perspectivas distintas. A primeira está focada na família como eixo central no processo de cuidado e proteção de seus membros, sem levar em conta as determinações sócio-históricas e econômicas que influenciam diretamente nas suas condições e organização, atentando para sua capacidade natural de cuidadora e provedora. Esta perspectiva prevê ainda, uma distinção entre famílias “capazes” e “incapazes”, pois o acesso aos benefícios se dará somente mediante a incapacidade da família de cumprir o que lhe é determinado socialmente. A segunda compreende que para a família desenvolver o papel social e legalmente atribuído a ela, é imprescindível assegurar o seu direito à proteção social, por meio das políticas públicas, considerando que a família, além de ser um espaço de cuidado é um espaço a ser cuidado. (MIOTO, 2004)

Ainda de acordo com Mioto (2004), o que está no centro da discussão são as necessidades da família, orientando-se pelo reconhecimento de que as transformações societárias refletem profundas modificações na organização familiar. Portanto, a crítica mais contundente a afirmação da família como referência na política social, está associada à regressão da participação do Estado Social na provisão de bem-estar, que ao deixar de garantir os direitos sociais, através de políticas públicas de caráter universal, passa para a focalização nos seguimentos mais pauperizados da população, fortalece significativamente o mercado enquanto instância de provisão de bem-estar e aposta na organização sociedade civil como provedora.

2.3 A família na política de saúde

As mudanças ocorridas no âmbito da economia mundial e a ascensão do projeto neoliberal, a partir dos anos 1970, produziram mudanças significativas no papel do Estado em atender as demandas produzidas pelo agravamento da questão social. Nessa conjuntura, as políticas públicas passam a ter como critérios orientadores a focalização, a privatização a participação da sociedade (e nela está a família), na execução de programas e serviços sociais. No Brasil, essa orientação ganha força na década de 1990, na contramão da constituinte o Estado assume com maior efetividade o projeto de desenvolvimento econômico neoliberal, orienta os gastos públicos para os grupos mais vulneráveis e descuida da prestação de serviços universais básicos para outros segmentos que também precisam da ação estatal. Segundo Miotto et al (2007), esse descuido ocasiona

Uma rede de serviços públicos insuficientes, para a cobertura das demandas e necessidades das famílias, tanto daquelas reconhecidamente pobres, excluídas e vulneráveis, como de outras que não preencham totalmente esses requisitos e que não dispõem de recursos para a compra de serviços, ficando cada vez mais expostas aos riscos, à deteriorização de suas condições de vida e à diminuição de sua capacidade produtiva. (MIOTTO, et al, 2007, p.198).

Nesse contexto, a sociedade brasileira passou a viver um processo tencionado pela afirmação da proteção social, materializada com a promulgação da Constituição Federal em 1988, concebida através da Seguridade Social⁵, composta pelo tripé das políticas de saúde, previdência social e assistência social, e a sua fragilização provocada pela mudança do papel do Estado na condução da política social. De acordo com Bravo (2008), nesse cenário político, na saúde, dois projetos convivem em tensão: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990.

A proposta de Política de Saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída. A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a

⁵ “A Seguridade social designa um conjunto de ações governamentais no campo da chamada proteção social, envolvendo um leque de políticas que fazem frente aos direitos sociais”. Esse conceito de política é fruto do reconhecimento das desigualdades e lutas voltadas à preservação da vida dos cidadãos e fez com que medidas de proteção saíssem do âmbito privado para a esfera pública. (IAMAMOTO, 2008, p.148)

utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos. (BRAVO, 2008, p.100).

A Constituição Federal de 1988 garantiu o acesso universal à política de saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi regulamentado com as Leis 8.080 e 8.142/1990. Ganhou-se com a preconização da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, como um dos princípios norteadores de seu funcionamento. A universalização da assistência em saúde é considerada um ganho legal extremamente significativo para a maior parte da população brasileira. Porém, de acordo com Miotto (2009, p.17), “em relação à família muito pouco se alterou no pós 88, pois nesse momento, nas ondas da reforma do Estado brasileiro, a família também é redescoberta como fundamental na preservação da saúde e cuidado dos doentes”.

Embora a política de saúde tenha se constituído com caráter universal, esta vem sofrendo uma série de medidas conduzidas pela lógica neoliberal, que com defesa à focalização e o sucateamento dos serviços públicos, traz a família como espaço fundamental na preservação da saúde e cuidado dos doentes. Na atualidade, a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social, segundo Bravo (2008), têm caracterizado a política de saúde brasileira. Como exemplo de focalização, a autora destaca a centralidade do programa saúde da família. Para ela, o programa precisa ter sua direção modificada, na perspectiva de prover a atenção básica em saúde para toda a população de acordo com os princípios da universalidade. Assim como, para garantir a integralidade, o mesmo precisa ter como meta a reorganização do sistema como um todo, prevendo a articulação da atenção básica com os demais níveis de assistência. (BRAVO, 2008).

Levando em consideração essa perspectiva, Nogueira (2002) afirma que na saúde a atenção esta focalizada na pobreza, tendo em vista a economia do fundo público, garantindo tranquilidade para o mercado, o que acaba ocasionando novos encargos para as famílias, com a repartição dos custos da atenção sanitária e intensificação dos cuidados assistenciais e promocionais da saúde. Também é presente neste cenário a busca de uma nova solidariedade, mediante a implementação de programas de baixo custo para a população mais pobre, de transferência das responsabilidades para as instituições filantrópicas. Nesse sentido, para Nogueira (2002) a família é redescoberta como elemento imprescindível para a compreensão do processo saúde-doença.

A competência familiar nessa área é apropriada pelas agências internacionais, que passam a valorizar o papel familiar na conservação da saúde doméstica e na cura dos doentes. O Banco Mundial (1993) recomenda, explicitamente, fomentar um ambiente que possibilite às famílias melhorar a saúde, o que compreende a iniciativa de adoção de políticas de ajustamento que preservem a efetividade das despesas de saúde em relação ao seu custeio, à expansão da instrução formal e à ampliação do status político e econômico da mulher. (NOGUEIRA, 2002, p.212).

No Brasil, a partir dos anos 1990, o tema família passa a ser discutido no setor saúde, tanto no cenário dos serviços como nas universidades, junto às discussões das políticas públicas, com a reforma do Sistema Único de Saúde (SUS) e à divulgação do sucesso do modelo de saúde cubano, alicerçado na prática de atenção primária à saúde com ênfase no médico da família. De acordo com Oliveira e Marcon (2007), em termos práticos, essas discussões deram impulso à implementação, inicialmente do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, posteriormente, do Programa de Saúde da Família (PSF). Nesse sentido, a família tem ganhado centralidade no âmbito da saúde. Apesar da centralidade que ela vem assumindo na política de saúde, o debate sobre essa inserção ainda é bastante incipiente.

Na saúde, a família passa a ser considerado sujeito fundamental no processo de cuidado, tanto no sentido de sua responsabilidade do cuidado, como de ser objeto de cuidado. Considerando a idéia de que as famílias desempenham papel fundamental no processo saúde-doença, é notória a interdependência entre família e serviços de saúde no enfrentamento das condições de saúde e doença dos indivíduos. Nesse sentido, atualmente a família vem sendo incorporada aos serviços como parceira no processo de cuidado e promoção a saúde, na perspectiva de criar condições no cuidado e proteção seus membros. Portanto, o foco do cuidado, segundo Oliveira e Marcon (2007, p. 66), “deve estar em ajudar e em capacitar a família, de forma que ela possa atender às necessidades de seus membros, especialmente em relação ao processo saúde-doença, mobilizando recursos, promovendo apoio mútuo e crescimento”.

Dessa forma, tanto a tradição da família como lugar de cuidado dos doentes e incapacitados, quanto à relação intrínseca entre famílias e serviços, concorrem para a conformação de uma expectativa em torno do empenho da família no cuidado. Essa participação tanto pode ser formal ou informal ou ainda por meio de uma integração para cobrir deficiências do próprio serviço. (MIOTO, 2009). Sob o ideal de humanização da atenção à saúde, observam-se diferentes iniciativas no Brasil, tanto na forma de uma política nacional (HUMANIZASUS), como de propostas técnicas mais específicas (Humanização do

Parto; Método Canguru). Sem desconsiderar a centralidade do acesso à atenção à saúde e a qualidade técnica das ações desenvolvidas, as propostas de humanização têm dado especial ênfase à integralidade da atenção e, em particular, às interações entre profissionais e usuários nos serviços de saúde, no entanto a discussão sobre a parceria família e cuidado nesses serviços, não tem sido realizada pelos profissionais, nem pelos gestores da política de saúde. Para isso, no âmbito da saúde, são criados dispositivos para o incentivo à aproximação da rede de apoio familiar ao usuário do sistema de saúde. É exemplo o Programa de Saúde da Família, a assistência domiciliar e a Política Nacional de Humanização, com destaque para a Política de Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso ou prematuro – Método Canguru, que além de prever a participação da família, requer a participação ativa da mulher como cuidadora.

Com o objetivo de reorganização da prática assistencial da saúde em novas bases e critérios, o Programa de Saúde da Família – PSF foi criado em 1994, na perspectiva de substituição do modelo tradicional de assistência centrado no modelo biomédico. A assistência em saúde está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social. No ano de 2006 o programa é incorporado como Estratégia no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Porém, sabemos que o PSF surge num contexto de racionalização de custos e adequação de medidas impostas pelos organismos internacionais. E, ao mesmo tempo em que a atenção básica em saúde vem ao encontro das lutas empreendidas pelo Movimento da Reforma Sanitária, como parte de um sistema em prol da universalização do acesso aos serviços de saúde, também pode ser tomada como uma proposta focalista e seletiva, visando o atendimento da população pobre, a qual não tem acesso à utilização de serviços privados de saúde. (MIOTO et al, 2007 a)

Em relação à assistência domiciliar, a discussão sobre a família tem sido periférica, centrada na figura do cuidador, pouco se tem discutido sobre os critérios utilizados para estabelecer o limite entre o cuidado oferecido pelos serviços e aquele provido pela família. Segundo Albiero (2003), a origem do atendimento no domicílio, no Brasil, esteve relacionada à Enfermagem. As primeiras atividades surgiram no começo do século XX, mais precisamente em 1919, com a criação do Serviço de Enfermeiras Visitadoras, no Rio de Janeiro. No entanto, esse tipo de serviço somente vai ser incorporado à assistência de saúde no Brasil, particularmente a partir da década de 1990. Por um lado, no bojo da reforma do Estado e por outro à luz do debate da humanização na saúde. A difusão da assistência domiciliar tem ocorrido tanto no setor privado como no público, onde ganha destaque a

discussão na política de saúde, que pressionada pelos altos custos de hospitalização buscam alternativas para reduzir os custos financeiros. (ALBIERO, 2003).

O cuidado domiciliar da saúde nas modalidades de um programa oficial de assistência pública é prática recente que vem tomando forma, especialmente com o Programa de Saúde da Família (PSF). Transferir para o domicílio os cuidados em saúde, significa trazer a família como protagonista desse processo, ou seja, o cuidado passa a ser incorporado como uma tarefa doméstica. Na avaliação de Franco e Merhy (2008), sobre os programas de *home care* ou Programa de Atenção Domiciliar (PAD), a produção de cuidado no espaço do domicílio passa a ser “tecnificada”, com a transferência de conhecimento e tecnologias de cuidados à família. Porém, esse não é um processo simples, por exemplo, no domicílio o saber técnico-científico é interrogado frente ao saber cuidador da família. Para os autores, o espaço do domicílio é o lugar do encontro, encontro do saber técnico - científico da equipe e o saber cuidador da família, que por sua vez, gera conflito e situações complexas. Outro problema enfrentado pela equipe de saúde refere-se à alta,

Pois os familiares têm uma grande resistência em assumir os cuidados rotineiros após terem vivenciado o PAD. Há casos de ações judiciais para manutenção do Programa de Atenção Domiciliar, mesmo que nos critérios da equipe e prestadora não haja indicação técnica para isso. Os profissionais começam a trabalhar a “alta” desde o ingresso no Programa, procurando transferir conhecimento, tecnologias de cuidado aos familiares e realizando um trabalho de “desmame”, como é chamada a alta gradativa, para amenizar o impacto do desligamento do beneficiário do PAD. (FRANCO e MERHY, 2008, p. 1514).

O termo assistência domiciliar ou atendimento domiciliar é empregado no sentido amplo de *home care*, compreendendo uma gama de serviços realizados no domicílio e destinados ao suporte terapêutico do paciente dentro de sua casa.

Estes serviços vão desde cuidados pessoais de suas atividades de vida diária (higiene íntima, alimentação, banho, locomoção e vestuário), cuidados com sua medicação e realização de curativos de ferimentos, cuidados com escaras e ostomias, até o uso de alta tecnologia hospitalar como nutrição enteral/parenteral, diálise, transfusão de hemoderivados, quimioterapia e antibioticoterapia, com serviço médico e de enfermagem 24 horas/dia, e uma rede de apoio para diagnóstico e para outras medidas terapêuticas. Também estão incluídos neste conceito o chamado suporte comunitário (voluntários, serviços de associações comunitárias, transporte) e realização de tarefas externas, como ida a um banco ou a uma farmácia. (FLORIANI; SCHRAMM, 2004, p.687).

Segundo Floriani e Schramm (2004), os objetivos do atendimento domiciliar, além da otimização dos leitos hospitalares e do atendimento ambulatorial, visam à redução de custos, a reintegração do paciente em seu núcleo familiar com vistas a estimular uma maior participação da família no tratamento. Com vista disso Albiero (2003), em sua pesquisa sobre a assistência domiciliar no contexto da família e das políticas sociais, destaca que as decisões para o familiar assumir o cuidado ao doente no domicílio normalmente obedecem a certas regras: parentesco, gênero, proximidade física e proximidade afetiva, relacionadas à organização familiar. Em relação ao parentesco, na maioria das vezes prevalecem os cônjuges; no gênero se destaca a presença da mulher; na proximidade física predomina como cuidador a pessoa que coabita o mesmo espaço físico do doente, e na proximidade afetiva, destaca-se a relação conjugal e a relação entre pais e filhos. De um modo geral, a pessoa que passa, de forma rápida, da condição de familiar à condição de cuidador nem sempre está preparada para enfrentar tal situação.

Nesse sentido, torna-se evidente o debate sobre a apropriação pelos programas e serviços de saúde do cuidado como trabalho realizado pela família. Além do trabalho dispensado nessa atividade, a família acaba se responsabilizando pelos custos que esse processo de cuidado no domicílio acarreta. Os custos para as famílias têm impactos diferenciados, seja em termos emocionais ou financeiros, interferindo diretamente na quantidade de trabalho a ser desempenhada pela família, que em certos casos precisa até mesmo parar de trabalhar para realizar os cuidados ao familiar doente. Já os custos financeiros da família que tem um familiar sob cuidados domiciliares, estão associados principalmente às despesas com medicamentos, materiais de consumo, energia elétrica, dieta e outros, os mais pobres sofrem maior impacto relativo à sua renda. (ALBIERO, 2003).

Para Albiero (2003) a assistência domiciliar tem uma dupla face.

Uma primeira revela a sua importância para a humanização do cuidado, no espaço doméstico junto com a família e das coisas que sempre pertenceram ao paciente carregadas de significados e valores. Uma segunda face revelada pelos dados da pesquisa demonstra as implicações que a assistência tem para a família, considerando o seu alto custo, o número reduzido de seus membros no espaço doméstico para auxiliar, a idade avançada do cuidador e principalmente caracterizando-se pelo trabalho da mulher como cuidadora. (ALBIERO, 2003, p. 169).

Como já referenciado, nos países da América Latina, em especial no Brasil, apesar de nunca terem tido um Estado de bem-estar social efetivo, também houve a redução dos

recursos no âmbito das políticas sociais. Nos anos 1990 sustentada pela reforma do Estado brasileiro, o neoliberalismo dá a direção para as políticas sociais, dentro do qual a política de saúde tem lugar de destaque. Nesse quadro, a assistência domiciliar surge como uma das alternativas para enfrentar esta crise, principalmente centrada no discurso da diminuição de custos e reinserção do doente no ambiente familiar, em vez de manter o paciente no hospital. De uma maneira geral, a assistência domiciliar focaliza os baixos custos para o sistema hospitalar e para a saúde suplementar, ancorando-se no discurso da humanização do atendimento, à medida que possibilita uma maior proximidade do doente com o seu ambiente domiciliar e familiar. “A família vai sendo reincorporada publicamente como coresponsável pelo doente e pelos custos, continuando com o ônus do cuidado e não com o bônus do serviço”. (ALBIERO, 2003, p.170)

Em relação à implementação da Política Nacional de Humanização, podemos afirmar que a família vem ganhando centralidade na sua operacionalização. Por exemplo, ao prever o direito ao acompanhante e as visitas abertas com o objetivo de ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida dos pacientes, acaba contando com a solidariedade familiar para o cuidado do doente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Essa prática traz inquietações sobre as relações que aí estão permeadas, pois nas unidades hospitalares o acompanhante, muitas vezes, é chamado para assumir funções de cuidado ao paciente, que deveriam ser executas por profissionais habilitados, como a administração de remédios, alimentação do paciente, cuidar da higiene pessoal, entre outros.

Em relação à humanização na saúde, outra discussão perpassa a questão da saúde materno-infantil e a proteção à maternidade. A filosofia adotada pelas maternidades passa a ser de um atendimento e de um parto humanizado⁶ com incentivo latente ao aleitamento materno. Considerando o princípio da atenção humanizada e o Estatuto da Criança e Adolescente (Lei.Nº 8069/90), a assistência à saúde na maternidade ocorre sob a forma de

⁶ Segundo a Política Nacional de Humanização, entende-se por humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. (HUMANIZA/SUS). O parto humanizado possibilita que a gestante tenha o direito de escolher a posição do parto que deseja realizar (cócoras ou vertical, horizontal), sendo que o parto cesárea é decidido pelo médico conforme quadro clínico da gestante ou do bebê. A gestante tem o direito a um acompanhante de livre escolha desde o momento da sua chegada na Maternidade até a sua alta, incluindo o momento do parto. Após o parto, a prática da Maternidade ocorre sob a forma de Alojamento Conjunto, onde as mães ficam junto aos bebês. Estes são entregues às mães assim que nascem e ficam durante todo o período de internação, com o objetivo de estimular o vínculo entre mãe, recém-nascido e família, a visitação é aberta. (MARTINS, 2008)

Alojamento Conjunto, onde as mães ficam junto com seus bebês durante todo o período de internação com o objetivo de facilitar a vinculação afetiva entre mãe, recém-nascido e família e assim promover o aleitamento materno. No Brasil, algumas maternidades apresentam-se exitosas com a implantação da filosofia da atenção humanizada ao parto, reconhecidas com o título de Hospital Amigo da Criança⁷ oferecido pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), pela adoção deste princípio.

Isso significa, em parte, a adoção das recomendações do Banco Mundial em relação ao fomento de um ambiente que propicie a melhoria da saúde das famílias. Nessa mesma perspectiva, o Ministério da Saúde lançou em 2004 o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna, objetivando reduzir em 15% os índices de mortalidade materna e neonatal até o final de 2006 e em 75% até o ano de 2015. Nesse sentido, o incentivo ao aleitamento materno passa a ser outra estratégia utilizada no âmbito da política de saúde para a redução desses índices, amamentar os bebês imediatamente após o nascimento pode reduzir consideravelmente a mortalidade neonatal – aquela que acontece até o 28º dia de vida. O aleitamento materno é considerado importante tanto para o bebê quanto para a mãe, pois, auxilia nas contrações uterinas, diminuindo o risco de hemorragia, traz benefícios importantes para a saúde da mulher, particularmente relacionado à diminuição da incidência de câncer de mama e ovário. E, além das questões de saúde, a amamentação favorece o vínculo afetivo entre mãe e filho. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). No entanto, cabe destacar que o aleitamento materno depende de uma série de fatores sociais, culturais e econômicos e da própria condição da mulher trabalhadora, que atualmente conta com 120 dias, podendo ser ampliada para 180 dias de licença maternidade, ou seja, o aleitamento materno depende de uma série de condicionalidades que proporcionarão ou não que essa política se concretize.

Nessa perspectiva, podemos afirmar que a Política de Humanização tem contado com o trabalho familiar para a efetivação do cuidado. Na Política Nacional de Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso ou Humanização do Atendimento Perinatal – Método Canguru, por exemplo, essa responsabilização fica mais evidente, na qual a presença da mãe é requisitada durante o maior tempo possível ao lado do recém-nascido prematuro nas Unidades de Neonatologia. Se por um lado essa prática busca diminuir o sofrimento do recém-nascido e sua permanência no hospital, implica também numa maior responsabilização

⁷ A Iniciativa Hospital Amigo da Criança foi idealizada em 1990 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e UNICEF, visando estimular e certificar as instituições que adotam as práticas de promoção, proteção e apoio à amamentação. Esta iniciativa foi incorporada pelo Ministério da Saúde como ação prioritária em 1992, e com o apoio das Secretarias municipais e estaduais, capacita profissionais, realiza avaliações e estimula a rede hospitalar ao credenciamento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

da mulher/mãe em relação ao cuidado da criança, assim como na participação intensa da família nesse processo, no último caso, alterando substancialmente a vida conjugal, familiar e doméstica.

Além disso, muitos são os cuidados dispensados a um recém-nascido prematuro. Segundo Moscon (2007), esses cuidados exigem

Pais responsáveis, no que se refere à alimentação, estimulação, rigorosidade nas consultas ao Posto de Saúde ou aos hospitais. Várias são as consultas de rotina e acompanhamento até os dois anos de idade em médicos especialistas, que atendem em hospitais de média e alta complexidade, geralmente em grandes centros urbanos, o que faz com que essas famílias precisem se deslocar de seus municípios de origem quando são do interior do estado. Várias também deverão ser as estimulações a essa criança, para que seu desenvolvimento psicossocial não seja comprometido. (MOSCON, 2007, p.33).

Ou seja, os serviços prevêm e requerem uma “[...] presença articulada e inteligente das famílias.” (SARACENO apud MIOTO, 2009). Para realizar o cuidado a família precisa articular uma série de recursos próprios e da sua rede social primária, além do suporte maior das políticas públicas. Nesse sentido, Lamy et al (2005) apontam para os desafios da Política de Humanização, que não podem ser descontextualizados da atual situação de atendimento no setor público brasileiro, especialmente dos aspectos ligados à assistência obstétrica e neonatal de risco. Dificuldades de acesso, fragmentação entre a assistência pré-natal e a atenção ao parto, práticas assistenciais inadequadas e superlotação nas maternidades estão bem documentadas em diferentes regiões brasileiras e é esse o cenário no qual as estratégias de humanização estão colocadas.

Nessa perspectiva é que se coloca a questão do cuidado, no contexto do debate da humanização, a família vem sendo incorporada pelos serviços de saúde sem que as questões vinculadas a ela sejam debatidas. Segundo Mioto (2009), “sob o rótulo de resistência, problema ou participação, a relação famílias e serviços não é problematizada”. Diante disso, se questiona sobre quais são os limites ou quais os critérios utilizados para estabelecer a fronteira entre o cuidado oferecido pelos serviços e aquele provido pelas famílias. Essa forma naturalizada de se pensar a relação entre cuidado e família pode ser identificada no espaço de uma maternidade, por relacionar-se às fases de transição do ciclo de vida familiar⁸. O

⁸ De acordo com Neira (2001 apud LIMA, 2006, p.130), o chamado ciclo de vida familiar, pode ser compreendido como uma sequência de etapas com relação de sentido e continuidade pelas quais a família atravessa; o ciclo vital se inicia com a formação do casal e termina com a morte de ambos os membros. Cada etapa sugere momentos de tensão e conflito e geram funções familiares específicas a cada um delas. Segundo o

nascimento de um novo membro traz muitas demandas para as famílias, especialmente para àquelas que vivem o nascimento de um bebê prematuro. A configuração de um quadro que envolve a saída de um membro da família do domicílio (a mãe) e a presença da família no serviço, bem como os cuidados especiais requeridos pelo recém-nascido prematuro nas diferentes fases de atendimento - acesso, permanência no serviço e retorno para casa – parecem ser essenciais no estudo das relações famílias e serviços, como é o caso das famílias inseridas no Método Canguru onde o cuidado prestado pela família é supervalorizado.

autor, o ciclo de vida familiar tem sido descrito pelas seguintes fases: - formação do casal e começo da família; nascimento dos filhos; família com filhos pré-escolares; famílias com filhos na escola; famílias com filhos adolescentes e famílias em etapa média e final da vida. No entanto, existem variações no ciclo de vida de familiar de acordo com o tipo de arranjo familiar constituído, porém em geral, as famílias passam por etapas de desenvolvimento e cumprem funções específicas a cada uma delas.

SEÇÃO III

3. ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO – MÉTODO CANGURU

O Método Canguru, no contexto do Sistema Único de Saúde, encontra-se no campo da política de humanização. É um tipo de assistência neonatal voltada para o atendimento do recém-nascido prematuro, que implica colocar o bebê em contato pele a pele com sua mãe. O Método Canguru abrange “desde questões como os cuidados técnicos com o bebê (manuseio, atenção às necessidades individuais, cuidados com luz, som, dor); o acolhimento à família; a promoção do vínculo mãe/bebê e do aleitamento materno; e o acompanhamento ambulatorial após a alta” (LAMY et al, 2005, p.660).

Segundo o Ministério da Saúde, sua definição consiste em:

Um tipo de assistência neonatal que implica o contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido. (BRASIL, 2002).

De acordo com Lamy et al (2005), a sua criação, em Bogotá, na Colômbia em 1979 surgiu da busca de uma solução imediata para a superlotação das unidades neonatais, nas quais muitas vezes se encontravam dois ou mais recém-nascidos em uma mesma incubadora. Estudos nessa área apontaram que a presença contínua da mãe junto do recém-nascido, além de garantir calor e leite materno, trazia inúmeras outras vantagens, dentre as quais a promoção do vínculo entre a mãe e a criança, condição indispensável para a qualidade de vida e sobrevivência do recém-nascido após a alta hospitalar da Unidade Neonatal.

Segundo Lamy et al (2005), atualmente a disseminação do método tem tomado dois caminhos, ele continua sendo recomendado como alternativa tanto para países muito pobres que não dispõem de uma boa organização neonatal, como vem sendo muito utilizado, também, por países desenvolvidos que contam com todos os recursos necessários para a assistência neonatal. No Brasil, a implantação do Método Canguru ocorreu no início da década de 1990, como forma de promover um contato mais precoce entre mãe e filho, uma alternativa para a otimização dos leitos neonatais, muitas vezes escassos em diversas regiões do país e, ainda, como possibilidade de alta hospitalar precoce. Em 2000, ao lançar o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, o Ministério da Saúde instituiu

normas para a implantação do Método Canguru pela Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000. Por iniciativa do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), em março de 1999 foi organizada uma Conferência Nacional sobre o Método Canguru, no Rio de Janeiro, na qual foram apresentadas as mais diversas experiências sobre a utilização do método nos diferentes estados brasileiros. (BRASIL, 2002).

Com a intenção de padronizar esse tipo de cuidado, melhorar sua eficiência e eficácia, foi então elaborado pelo Ministério da Saúde a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, lançada em dezembro de 1999 e publicada através da Portaria Ministerial nº. 693 de 5/7/2000. O Método Canguru foi assim incluído na Política Governamental de Saúde Pública, no Brasil, como um procedimento de assistência médica, com inclusão na tabela de procedimentos do SUS. Para implantar a referida política, o Ministério da Saúde contou com o apoio financeiro do BNDES e com a Fundação ORSA⁹, para desenvolver a capacitação dos profissionais, a formação de Centros de Referência Nacionais e a produção de material educativo e institucional (BRASIL, 2002).

Como etapa central no processo de disseminação desta política pública, encontramos um amplo programa de capacitação dos profissionais das diferentes especialidades que lidam com o recém-nascido, sua mãe e sua família. O programa de treinamento teórico-prático foi dirigido aos profissionais de nível superior, inseridos na assistência à diáde mãe-bebê: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e assistentes sociais. (LAMY et al, 2005, p.663).

Segundo Lamy et al (2005), o processo de capacitação ofereceu aos profissionais a possibilidade de reflexão acerca de sua prática diária e construção de uma prática assistencial pautada no cuidado. Com base em dados do Ministério da Saúde (2003), as autoras apontam que no período de agosto de 2000 a dezembro de 2002, foram realizados 59 cursos, com um total de 1.850 profissionais, de 269 maternidades, capacitados no método.

O Método Canguru é mais abrangente e ultrapassa a Posição Canguru. Muitas vezes o bebê ainda não tem estabilidade clínica para poder ser colocado em posição canguru, mas as ações que envolvem o método já foram iniciadas através do acolhimento à família, da construção de rede social e da atenção individualizada ao bebê. No Brasil, não se tem como objetivo a substituição de incubadora ou de qualquer outra tecnologia ou recursos humanos e

⁹ Instituição sem fins lucrativos, criada há 15 anos pelo Grupo Orsa, segundo informações de seu site desenvolve e compartilha tecnologias sociais inovadoras nas áreas de educação, saúde, garantia de direitos humanos, meio ambiente, cultura e geração de emprego e renda. <http://www.fundacaoorsa.org.br/pt/index.html> Acesso em 07 set.2009.

sim a promoção de uma mudança institucional na busca de atenção à saúde, centrada na humanização da assistência e no princípio de cidadania da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE apud LAMY et al, 2005).

A Norma brasileira deixa bem estabelecida a diferença entre Método Canguru e Posição Canguru, como se observa no trecho:

1- O “Método Canguru” é um tipo de assistência neonatal que implica o contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido. 2- A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, ligeiramente vestido, em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito do adulto. 3- Só serão considerados como “Método Canguru” aquelas unidades que permitam o contato precoce, realizado de maneira orientada, por livre escolha da família, de forma crescente, segura e acompanhado de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada. (PORTARIA Nº 693, DE 5 DE JULHO DE 2000).

De acordo com Lamy et al (2005), no Brasil adota-se a terminologia Método Canguru, por se considerar que é uma experiência na qual o pai tem participação ativa e fundamental. Segundo Lamy (2003 apud LAMY et al, 2005).

A mudança na forma do cuidado neonatal proposta pelo Método Canguru está baseada em quatro fundamentos básicos: acolhimento do bebê e sua família; respeito às individualidades; promoção do contato pele a pele o mais precoce possível; envolvimento da mãe nos cuidados do bebê (LAMY et al, 2005, p. 664).

O Método Canguru é dividido em três etapas. A primeira está focada nos aspectos psicoafetivos que cercam o nascimento de um recém-nascido prematuro ou gravemente enfermo, envolvendo o atendimento de uma equipe multiprofissional através de intervenção interdisciplinar. Neste momento, aos cuidados técnicos relativos ao atendimento do recém-nascido inclui-se o cuidado à mãe e à família, no sentido não só de orientar quanto às condições de saúde da criança, mas também de estimular o livre acesso dos pais à Unidade Neonatal, favorecendo o vínculo com o recém-nascido, assim como a co-participação da mãe nos cuidados com o bebê, promovendo um processo contínuo na formação do vínculo afetivo entre o recém-nascido e seus pais. Nessa etapa também são iniciadas medidas de estímulo à amamentação. Para a equipe de profissionais a seguinte orientação: “Ressaltar, sempre, a importância da atuação da mãe e da família na recuperação da criança.”. Nesse sentido, a

família passa a ser incorporada pelo serviço como sujeito fundamental no processo saúde-doença.

A segunda etapa acontece após a estabilidade clínica do bebê e se caracteriza pelo acompanhamento contínuo da mãe na Unidade Neonatal. Segundo o manual técnico Método Canguru, são critérios de elegibilidade da mãe para a permanência nessa enfermaria:

A certeza de que quer participar desse tipo de assistência, se tem disponibilidade de tempo e existência de um serviço social de apoio; certeza de que a decisão seja tomada por meio de consenso entre mãe, familiares e profissionais da saúde; capacidade de reconhecer as situações de risco do recém-nascido (mudança de coloração da pele, pausas respiratórias, regurgitações e diminuição de movimentação); conhecimento e habilidade para colocação da criança em posição canguru. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Conforme Lamy et al (2005), o enfoque desta etapa é para a efetiva participação da mãe nos cuidados do bebê e no seu desenvolvimento psicoafetivo, base das interações entre a criança e seus pais. As autoras salientam que

A formação do vínculo não é um acontecimento imediato, ocorre por meio de interações sucessivas. Quanto mais oportunidades de interação entre mãe e bebê mais forte será o vínculo e, conseqüentemente, melhor a resposta materna às necessidades do filho e menor a probabilidade de negligência, maus-tratos e abandono. (LAMY et al 2005, p. 665).

A terceira etapa objetiva a continuidade da assistência por meio do acompanhamento ambulatorial, individualizado, buscando observar o desenvolvimento global do bebê, através de um programa de acompanhamento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Segundo o manual técnico Método Canguru, não basta permitir e incentivar a entrada dos pais na unidade, mas é preciso que se respeitem as situações vivenciadas por cada família. A iniciativa de incentivo a participação da mãe e sua permanência constante junto ao filho, durante o período de internação, “revela um momento de amadurecimento da assistência neonatal em que se compreende que o tratamento do recém-nascido envolve muito mais do que apenas a utilização de procedimentos e técnicas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 61). Caetano et al (2005) apontam para o avanço que o Método Canguru representa para a perspectiva da integralidade em saúde, por ser uma estratégia que contempla a tendência de humanização e integralidade do cuidado, sinaliza que a assistência deve ser dirigida não só ao bebê, mas também à sua família.

3.1. O Método Canguru na Maternidade do HU

O Método Canguru faz parte da Unidade de Neonatologia do HU. Atualmente, a Unidade Neonatal tem sua equipe composta por um Escriturário, trinta e cinco Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, oito Enfermeiros, treze Médicos, uma Fonoaudióloga, uma Assistente Social, uma Psicóloga e uma Nutricionista. Estas quatro últimas profissionais dividem sua atenção entre esta Unidade e as outras que compõem a Maternidade.

A Unidade de Neonatologia é composta pela Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com seis leitos para internação, a sala de cuidados intermediários com seis leitos, a sala de cuidados mínimos com quatro leitos e a sala de isolamento com um leito. A UTI é reservada aos recém - nascidos de alto risco, prematuros ou de baixo peso, os quais necessitam de recursos humanos e físicos especializados, por dependerem de cuidados médicos e hospitalares ininterruptos. A sala de cuidados intermediários se destina aos recém-nascidos que necessitam de tratamento não infeccioso ou aos que já se encontram em fase menos crítica de sua doença, ou ainda, que já atingiram estabilidade clínica, mas que ainda precisam de cuidados específicos. A sala de cuidados mínimos é destinada aos recém-nascidos em observação. E a sala de isolamento é destinada aos recém-nascidos com processo infeccioso que permanecem no local até o período de alta hospitalar. (MARTINS, 2008).

Em 2000 foi implantada na Unidade Neonatal da Maternidade do HU, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém- Nascido de Baixo Peso - Método Canguru. Para desenvolver esse tipo de assistência neonatal, o hospital disponibiliza um alojamento para as mães cujo recém-nascido necessita permanecer internado na Unidade de Neonatologia devido à prematuridade, ao baixo-peso ou por apresentar um quadro clínico de alto risco. Há dois espaços destinados a esse fim, o chamado “Hotelzinho” que consiste em um quarto com quatro leitos e duas cadeiras reclináveis para passar o dia e pernoitar. E a Unidade Mãe Canguru, que conta com alojamento composto por oito leitos, espaço com uma mesa onde as mães fazem o desjejum, café da tarde e café da noite, este espaço também é utilizado para realização de reuniões e outras atividades. O almoço e o jantar são realizados no refeitório do hospital, mediante a apresentação de cartão de refeições fornecido a elas. Possui ainda, uma sala de visitas para que as mães possam receber seus familiares.

A Neonatologia atende tanto os bebês nascidos na Maternidade do HU, quanto os bebês encaminhados por outras instituições do município de Florianópolis ou de outros municípios do estado de Santa Catarina.

3.2 A família na Atenção Humanizada ao recém-nascido baixo peso - Método Canguru: um estudo de caso

De acordo com a proposta enunciada na introdução desse trabalho que é a discussão da organização da família para o cuidado, esse tópico estrutura-se a partir de dados referentes às famílias atendidas pelo Serviço Social na maternidade do hospital universitário. A apresentação de tais dados, bem como uma primeira aproximação analítica, realiza-se em torno de dois eixos: caracterização das famílias e a inserção dessas famílias na Unidade Neonatal. Para tanto, foram utilizados os prontuários dos recém-nascidos, os diários de campo da autora e as entrevistas realizadas e sistematizadas pelo Serviço Social com os pais usuários da Unidade de Neonatologia da Maternidade do HU¹⁰, no período de 31 de agosto a 30 de outubro de 2009, totalizando 29 famílias. Ao longo do texto, com o objetivo de preservar a identidade das famílias, elas serão referenciadas pela letra F, acrescida de números atribuídos, aleatoriamente, a cada uma delas.

3.2.1 Perfil das famílias atendidas na Atenção Humanizada ao Recém – Nascido de Baixo Peso - Método Canguru

Para delinear uma possível caracterização das famílias e estabelecer possíveis associações com a organização do cuidado, optou-se pela utilização de gráficos. Estes tratam da composição familiar, do tipo de união ou situação civil, procedência da família, número de filhos por família, número de gestações, idade das mães e dos pais, escolaridade dos pais, vínculos de trabalho das mães e dos pais.¹¹

¹⁰ Sobre os sujeitos da entrevista deve ser ressaltado que a maioria das entrevistas é realizada com as mães dos recém-nascidos, decorrente da presença constante na unidade. Disso decorre o fato que muitas vezes os dados referentes aos pais dos bebês não aparecem, pois as mães não sabem informar.

¹¹ O aspecto renda familiar não é tratado nesse trabalho, pois ele não consta dos prontuários e há uma orientação do serviço em não tomá-lo, dado que o acesso aos serviços de saúde tem caráter universal.

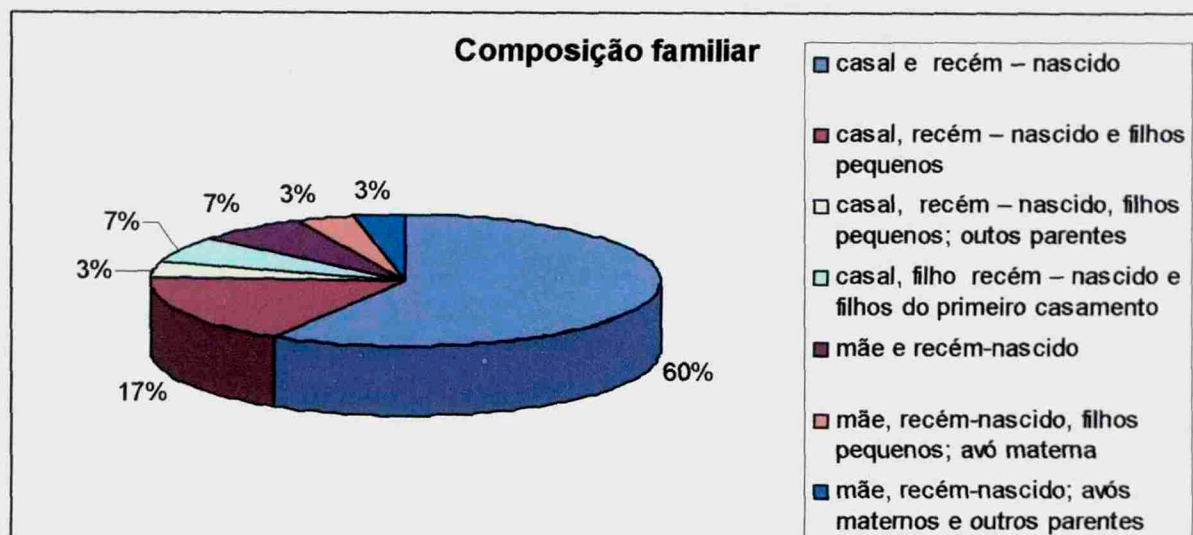


Gráfico 1: Composição familiar

Fonte: gráfico elaborado pela autora.

Quando questionadas sobre quem compõe sua família, as entrevistadas (usuárias/mães) responderam a partir da referência domicílio, ou seja, com quem se reside. Algumas mencionaram o fato de morarem no mesmo terreno da sua família de origem ou da família do cônjuge. Aboim (2003 apud LIMA, 2006) considera que a base para a classificação da família como um agregado doméstico é a co-residência, onde se divide o mesmo espaço, recursos e as tarefas domésticas. Portanto, podemos afirmar que as famílias estão se auto-definindo como agregado doméstico, à medida que identificam o grupo familiar através da referência domicílio.

Com base nos estudos de Medeiros e Osório (2002), podemos afirmar que o maior número de famílias, representado por 77% no gráfico, caracteriza-se por ser nuclear, compõe essas famílias o casal, o recém – nascido e os filhos pequenos. Esse dado é bastante significativo, pois segundo Lima (2006), a intensidade da carga relativa ao cuidado é maior ou menor de acordo com o número de adultos que partilham entre si o cuidado. E nas famílias pesquisadas, em sua maioria, as tarefas domésticas e o cuidado estão ao encargo do casal, sendo que mesmo a mulher trabalhando fora, nela está centrada as tarefas domésticas e de cuidado e ao homem é destinado o trabalho fora de casa.

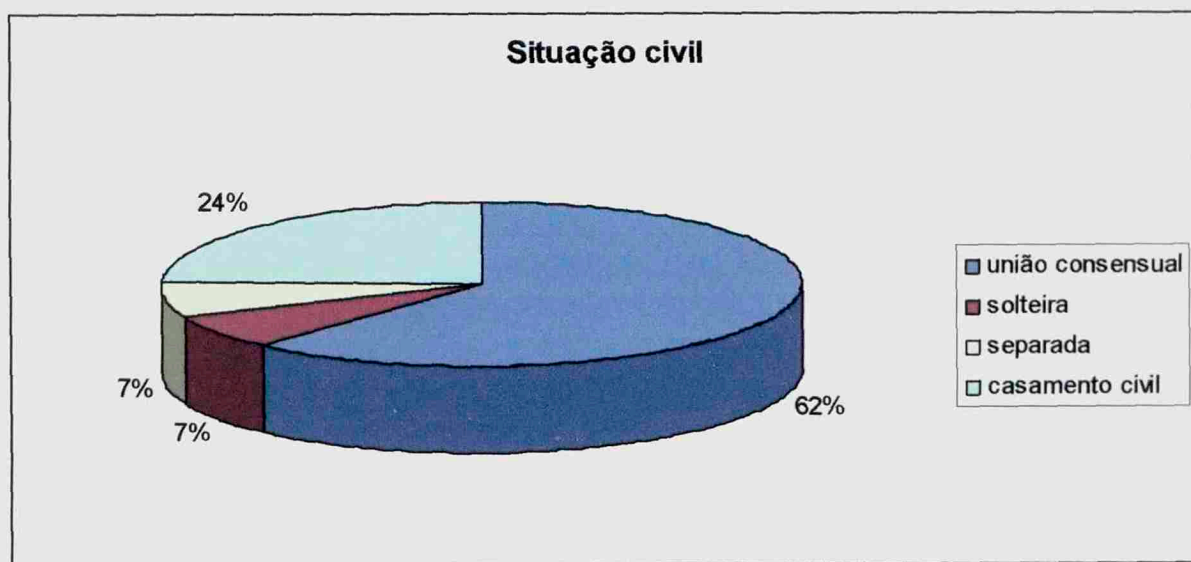


Gráfico 2: Situação Civil

Fonte: gráfico elaborado pela a autora.

Como já foi evidenciado, a maioria das famílias são nucleares. Nessa composição a situação civil dos cônjuges se concentra na união consensual (62%) e no casamento civil (24%). Isso significa que em 86% das famílias a relação conjugal é preponderante. Observa-se que atualmente os casais têm preferido apenas viver juntos (união consensual ou estável), sendo esta decisão reconhecida em lei. A partir da leitura de Cervený e Berthoud (1997), podemos também considerar que as famílias encontram-se na chamada “Fase de aquisição”, caracterizada pelo casal jovem em união recente, com o nascimento dos filhos e o desejo de ter sua autonomia, conquistada através da aquisição da casa, móveis e utensílios domésticos.

A maioria das famílias possui uma organização do tipo casal, homem e mulher se responsabilizando pelo cuidado. Sendo que, em todas as famílias o homem (companheiro da mãe) é pai do recém-nascido, porém, nem sempre ele é o pai das outras crianças da família em questão, o que configura as chamadas famílias recompostas. Tanto os homens quanto as mulheres tiveram filhos em outros relacionamentos e ambos trazem os filhos para a nova relação. Nesse sentido, Lima (2006) entende que essa “elasticidade” das relações familiares permeadas pelo re-casamento demonstra a multiplicidade de se viver em família. De acordo com a autora, embora atualmente se reconheça a diversidade de arranjos familiares, esse não é um dado novo, pois em todas as épocas a família se constitui de forma diferente entre as classes sociais, marcadas pelas diferenças regionais, culturais, educacionais, sociais e de renda de cada grupo populacional.

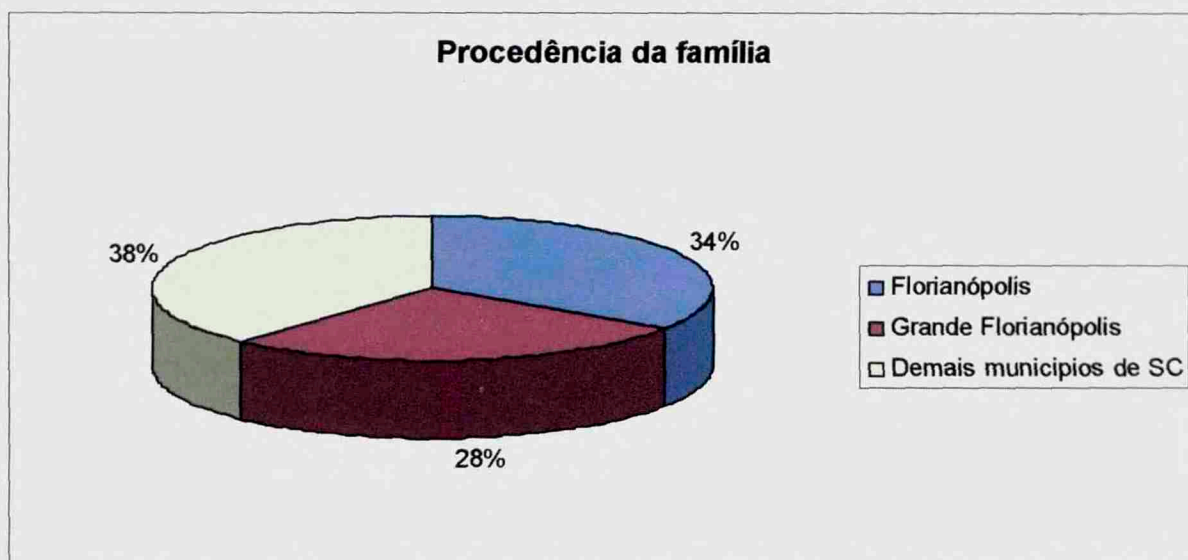


Gráfico 3: Procedência da família

Fonte: gráfico elaborado pela a autora.

Na leitura do gráfico, observamos que grande parte das famílias atendidas não reside em Florianópolis e para acessarem o sistema especializado de saúde precisam se deslocar de seus municípios. Quando questionada como a família chegou ao serviço, a família F29 nos relatou que precisou deslocar-se com a ambulância do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), porque precisava de um serviço especializado, no caso de UTI - Neonatal, e a maternidade de seu município não oferece esse serviço. Precisou percorrer três cidades diferentes em busca de vaga até chegar ao HU. Para essa família o maior transtorno foi sair de seu município de origem.

As famílias residentes em outras regiões do estado de Santa Catarina tendem a sofrerem mais com os custos relativos à renda, ao aspecto emocional e de organização familiar, pois precisam percorrer esses serviços, que em sua maioria estão concentrados nos grandes centros e capitais. A família F27 também teve dificuldades no acesso ao serviço, pois na cidade onde reside não tem UTI - Neonatal. Para acompanhar a mãe e o bebê, a família teve gastos com transporte, com alimentação, sendo que a avó materna precisou faltar ao trabalho para dar o suporte necessário à filha adolescente que permaneceu mais de 53 dias no hospital após o nascimento do filho.

É importante salientar que mesmo as famílias residentes em Florianópolis não ficam isentas do alto custo financeiro, emocional e de trabalho familiar. Certamente os impactos da situação não são os mesmos para todas as famílias, pois estão atrelados as suas condições sócio-econômica. Também esses custos não são percebidos da mesma forma por elas. Por exemplo, a família F28 considerou inicialmente que não haviam tido muitos gastos

financeiros por ser o HU um hospital público. Porém, à medida que ela relata o percurso necessário para acessar o serviço, como as passagens do acompanhante e alimentação, é possível identificar claramente as implicações dos gastos para a família. Isso também é verbalizado no momento em que a entrevistada coloca a avaliação que a família faz para decidir a participação no Método Canguru, ficando entre sua vinda diária ao hospital e a permanência na unidade. A opção, considerando que as passagens da mãe são garantidas pelas prefeituras, recai na avaliação do menor custo em relação à organização familiar que inclui a questão do trabalho familiar e do custo emocional.

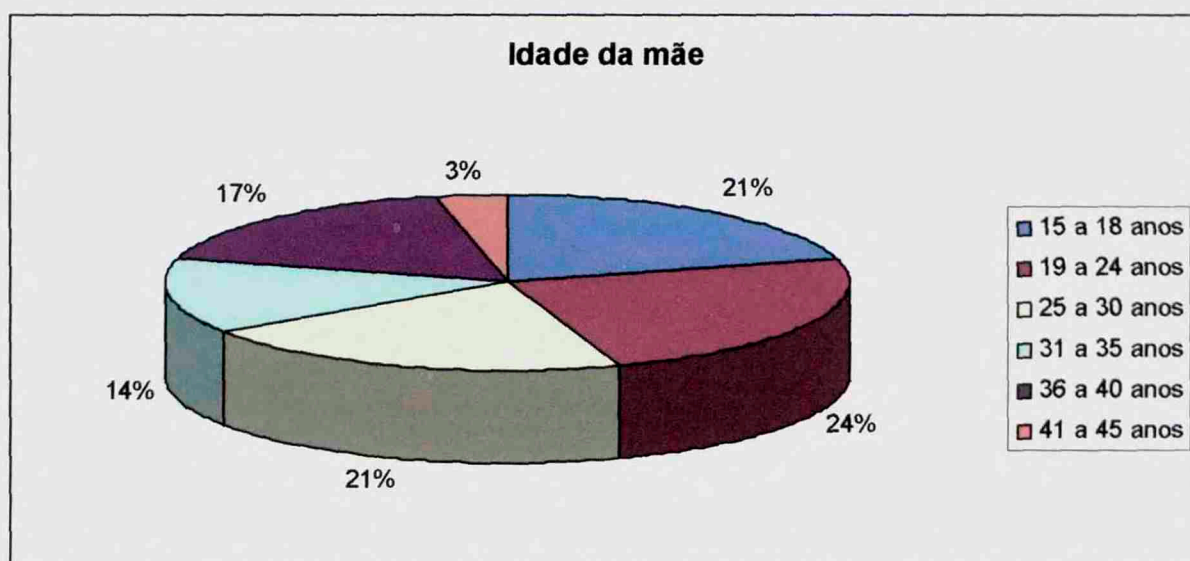


Gráfico 4: Idade da mãe

Fonte: gráfico elaborado pela autora.

Pela disposição do gráfico, percebemos que a faixa etária das mulheres/mães entrevistadas varia consideravelmente, de 15 a 45 anos de idade, sendo que 45% representam um universo de mães muito jovens (de 15 a 24 anos). Esses dados demonstram que embora a idade em que as mulheres têm o primeiro filho tenha aumentado, ainda a gravidez na adolescência ou numa fase muito próximo a ela, tem permanecido elevada. E segundo a Síntese dos Indicadores Sociais do IBGE (2006), a única taxa de fecundidade que aumentou no país, em 2006 frente a 2005, foi entre as mulheres de 15 a 17 anos, ou seja, mães adolescentes. Pois a taxa de fecundidade total (número médio de filhos que uma mulher teria ao final do seu período fértil) manteve sua tendência de declínio, ao passar de 2,7, em 1996, para 2,0 filhos por mulher em 2006.

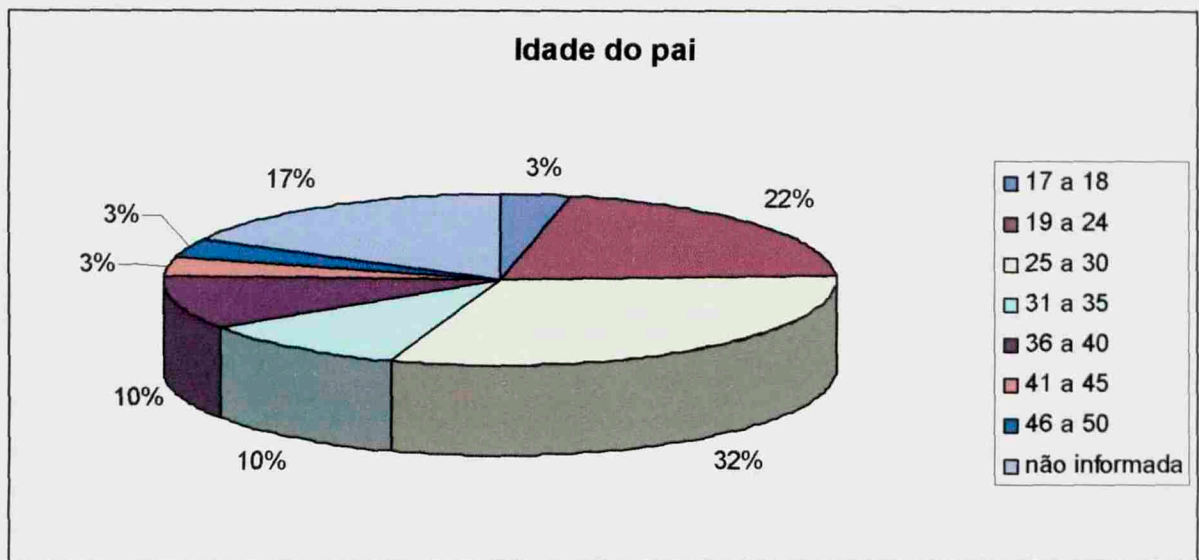


Gráfico 5: Idade do pai

Fonte: gráfico elaborado pela a autora.

A faixa etária dos homens/pais segue a mesma tendência, com pais extremamente jovens. A faixa etária predominante varia entre 17 a 30 anos, compreendendo 57%, apenas 1 deles (3%) encontra-se ainda na adolescência.

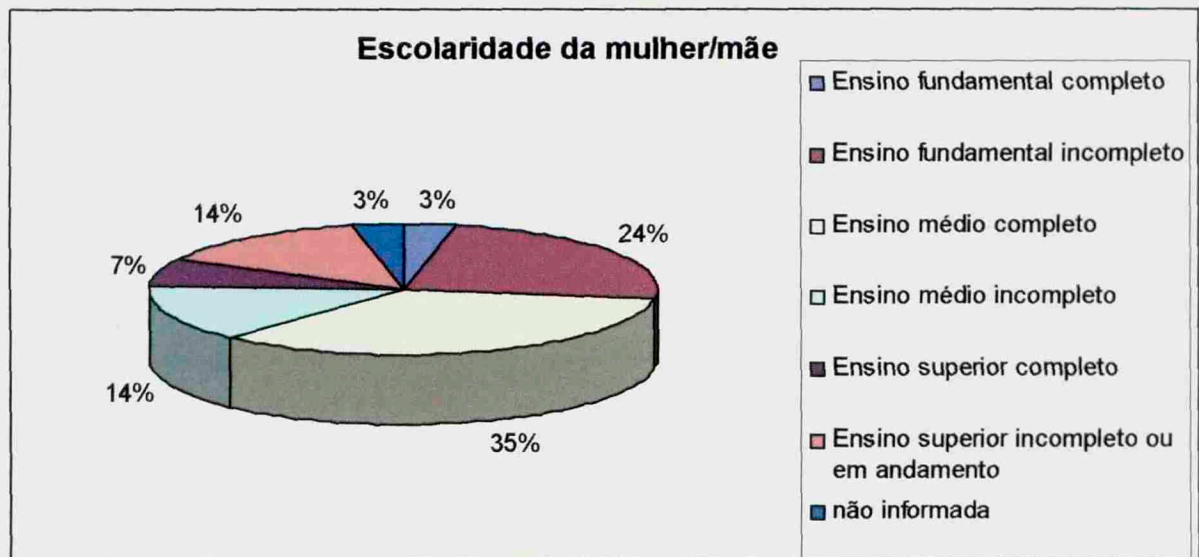


Gráfico 6: Escolaridade da mulher/mãe

Fonte: gráfico elaborado pela a autora.

Em relação à escolaridade das mulheres/mães, o gráfico demonstra que esta tende a ser elevada entre as usuárias, que em sua maioria concluíram o Ensino Médio e também tem acessado o ensino superior. É corrente na literatura a idéia de que quanto maior o nível de instrução ou escolaridade das mães, melhor o nível de fruição dos serviços. E de acordo com

Mioto (2009), essa questão se torna ainda mais candente, quando se discute a questão da desigualdade social. Ou seja, as famílias não se encontram nas mesmas condições materiais e culturais e, isso faz com que as possibilidades de usufruírem dos serviços também sejam desiguais.

Em relação à escolaridade das mães adolescentes, identificamos que as mesmas interrompem seus estudos durante a gestação. Pelos relatos, muitas delas desconhecem a licença escolar que garante para a gestante o exercício domiciliar já a partir do 8^a mês. (BRASIL, 1975).

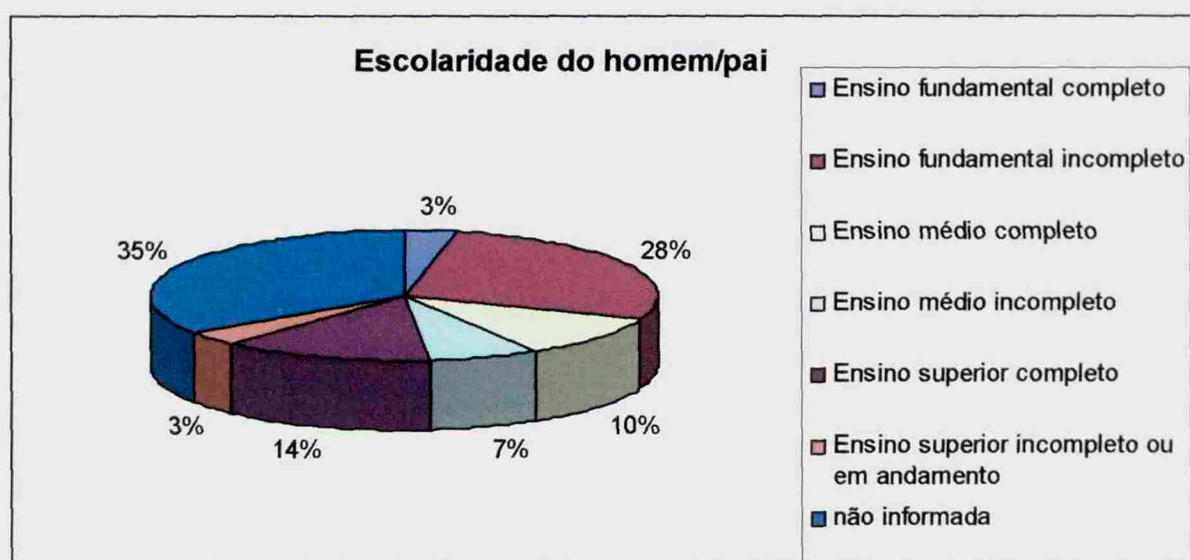


Gráfico 7: Escolaridade do homem/pai

Fonte: gráfico elaborado pela a autora.

A análise desses dados se torna difícil à medida que não se tem a informação relacionada a 35% dos dados referente à escolaridade dos homens/pais. Com os dados disponíveis, pode-se dizer que o grau de escolaridade dos mesmos tem uma variação maior em relação às mulheres, concentrando-se mais no índice que indica um baixo nível de escolaridade, até o ensino fundamental, sendo que a maioria (28%) não o concluiu.

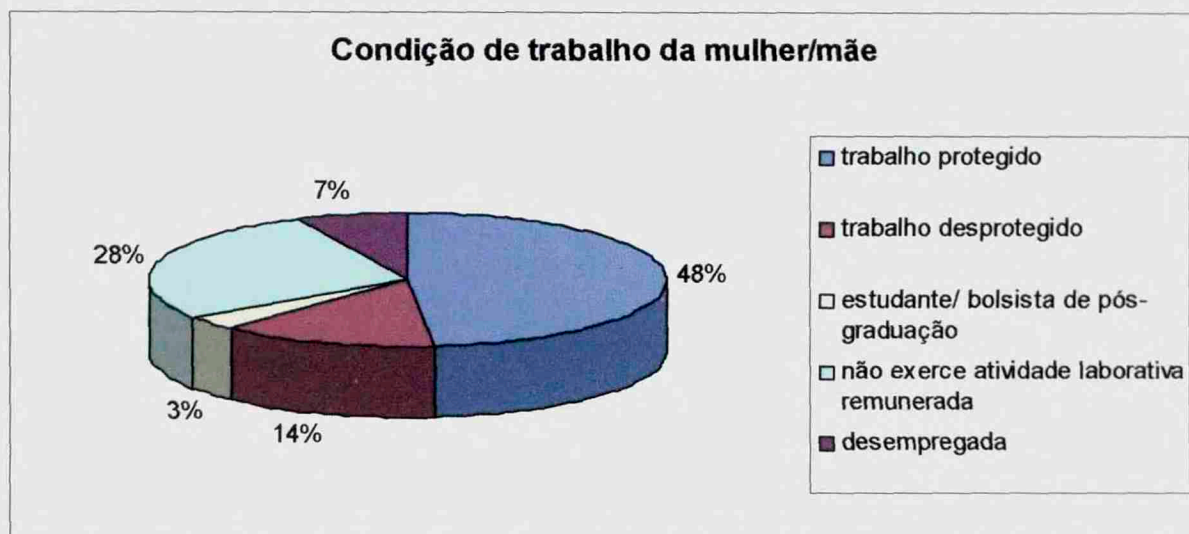


Gráfico 8: Condição de trabalho da mulher/mãe

Fonte: gráfico elaborado pela autora.

As condições de trabalho das mulheres/mães são analisadas com base na condição de trabalho protegido ou não protegido pelas leis trabalhistas. Assim, no gráfico a condição de trabalho está sendo representada pelo trabalho com ou sem carteira assinada, por aquelas que trabalham como autônomas e que contribuem para a Previdência Social. As usuárias agricultoras que contribuem para o sindicato rural através do recolhimento de notas fiscais por safra e, portanto, encontram-se na condição de segurada da Previdência Social, podendo acessar o salário maternidade, também foram incluídas nesse percentual (48%). Já as mulheres que trabalham sem a carteira de trabalho assinada, em empregos informais, temporários ou ainda como autônomas, mas não contribuem para a Previdência Social, representam um percentual significativo quando consideramos que essas mulheres não poderão acessar determinados direitos trabalhistas, inclusive a licença-maternidade. Salienta-se que essas mulheres são mães de filhos que necessitam de muitos cuidados, o que requer a existência de políticas que lhes possibilitem cumprir com todas essas funções.

Apesar da maior participação das mulheres no mercado de trabalho e as mudanças nos padrões familiares, a responsabilidade do cuidado dos afazeres domésticos ainda é predominantemente feminina. Segundo o IBGE (2006) em 2005, entre as mulheres ocupadas, 92% declararam cuidar dos afazeres domésticos, gastando em média 25,2 h/semanais nessas atividades, enquanto os homens gastam 9,8 h. A participação das mulheres no mercado de trabalho em relação aos homens, representou um crescimento de 3,2 pontos percentuais (em 2005). Em Santa Catarina o emprego feminino com carteira assinada aumentou 8,9 pontos percentuais. E apesar da população feminina representar 56, 1% da população com 12 anos ou

mais de estudo, quando analisada a ocupação delas no mercado de trabalho, verifica-se que as mulheres estão predominantemente no setor de serviços, em áreas que poderiam ser consideradas extensões das atribuições domésticas.

Em relação ao trabalho das mulheres, verificamos que as entrevistadas se encontram empregadas no mercado formal ou informal no setor de serviços, (cozinheiras, diaristas, domésticas, babás); há mulheres que não estão inseridas neste rol de atividades, pois, exercem outras funções, como de enfermeira, de agente de saúde (porém, também é relacionada ao cuidado), como caixa de supermercado, de restaurante ou cantina de lanches e atendente de loja; duas mães que trabalham em fábricas (uma de tijolos e outra de roupas); três são agricultoras e três são autônomas (uma estudante/ bolsista de pós-graduação, uma arquiteta e outra que trabalha em festas e eventos). No grupo de 29 mulheres, 08 disseram não exercer atividades remuneradas e 02 estão desempregadas.

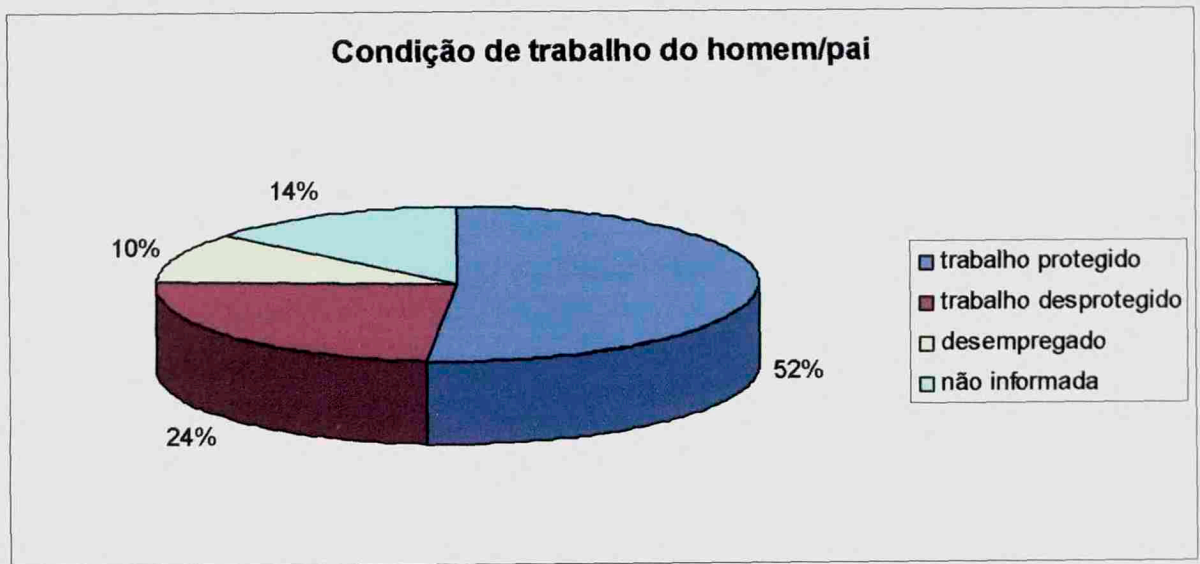


Gráfico 9 : Condição de trabalho do homem/pai

Fonte: gráfico elaborado pela a autora.

Quando avaliamos a condição de trabalho dos homens/pais, identificamos que o maior percentual no gráfico representa uma inserção no mercado formal de trabalho, ou seja, no trabalho protegido. Também foram considerados os funcionários públicos (professores universitários) e os agricultores que contribuem para o sindicato rural através do recolhimento de notas fiscais por safra e encontram-se na condição de segurado da Previdência Social. As ocupações dos homens no mercado formal diversificam-se, sendo que 1 homem trabalha na função de auxiliar de motorista de ônibus, 1 na função de caseiro, 1 de olaria, 1 como jardineiro, 1 como operador de caixa em posto de gasolina, 1 como gerente de mercado e os

dois últimos como auditor comercial/administrador e promotor de vendas, indicando a ocupação com funções mais especializadas. No mercado informal, estão relacionadas à construção civil (pedreiro), a área de mecânica (na função de mecânico e auxiliar de lataria e pintura) e os autônomos (fornecendo marmitas para restaurante; manutenção de computadores; trabalho em festas e eventos).

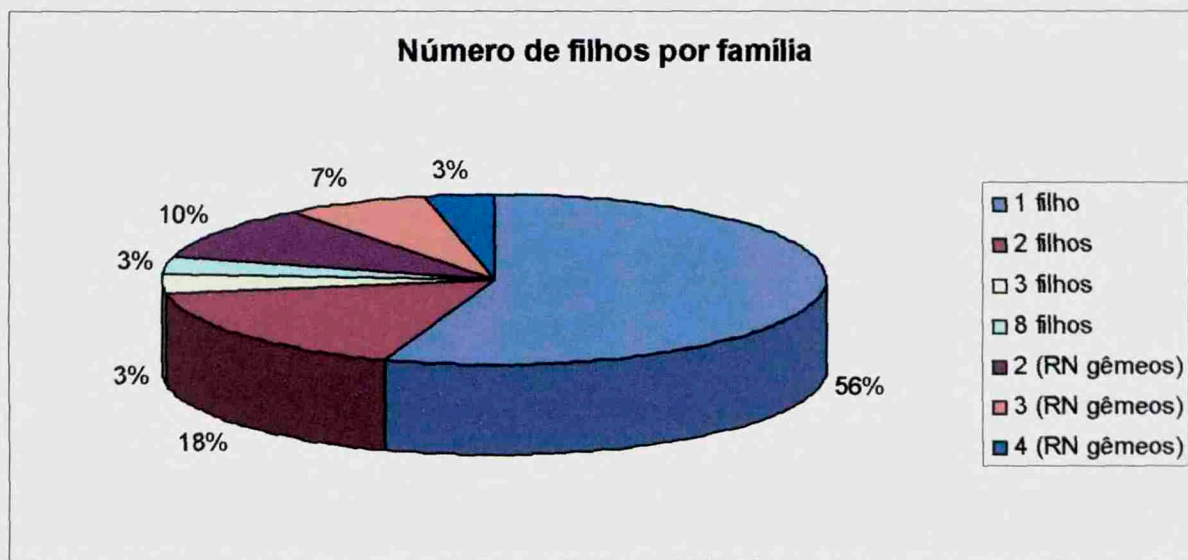


Gráfico 10: Número de filhos por família.

Fonte: gráfico elaborado pela autora.

Quando consideramos o número de filhos por família, apesar das famílias com um filho representarem a maioria no gráfico (56%), é importante salientar que foi encontrada uma variação de 1 a 8 filhos, sendo que essa mãe teve 11 gestações seguidas. Chama atenção o fato de grande percentual ser de famílias com mais de um filho e também aquelas que têm recém-nascidos (RN) gêmeos, pois nessa etapa do ciclo familiar¹², requer-se maiores cuidados e atenção dispensada ao recém-nascido e a família também precisará dividir a atenção e os cuidados com outros filhos pequenos. Há as famílias que contam com a ajuda dos filhos mais velhos nessa etapa, como o caso da família F24 que reside junto da enteada de 19 anos, a qual divide com a madrasta as tarefas domésticas e auxilia nos cuidados com os irmãos e a família

¹² Para melhor compreender a dinâmica e as necessidades sociais das famílias cabe identificar que período do ciclo vital em que a família se encontra. Os ciclos vitais se constituem nos movimentos que a família passa ao longo de sua história, tais como o casamento, o nascimento dos filhos, envelhecimento, nascimentos de netos etc. Cada mudança no ciclo de vida gera dificuldades, que exigem das famílias contínuos processos de adaptação. (CERVENY E BERTHOUD, 1997).

F15 cujas filhas do primeiro casamento (20 e 18 anos) dividem com a mãe as tarefas domésticas e deverão auxiliar nos cuidados com o recém - nascido.

Das famílias atendidas, apenas uma teve situação de óbito do recém – nascido, após a alta hospitalar, já na terceira etapa do Método Canguru.

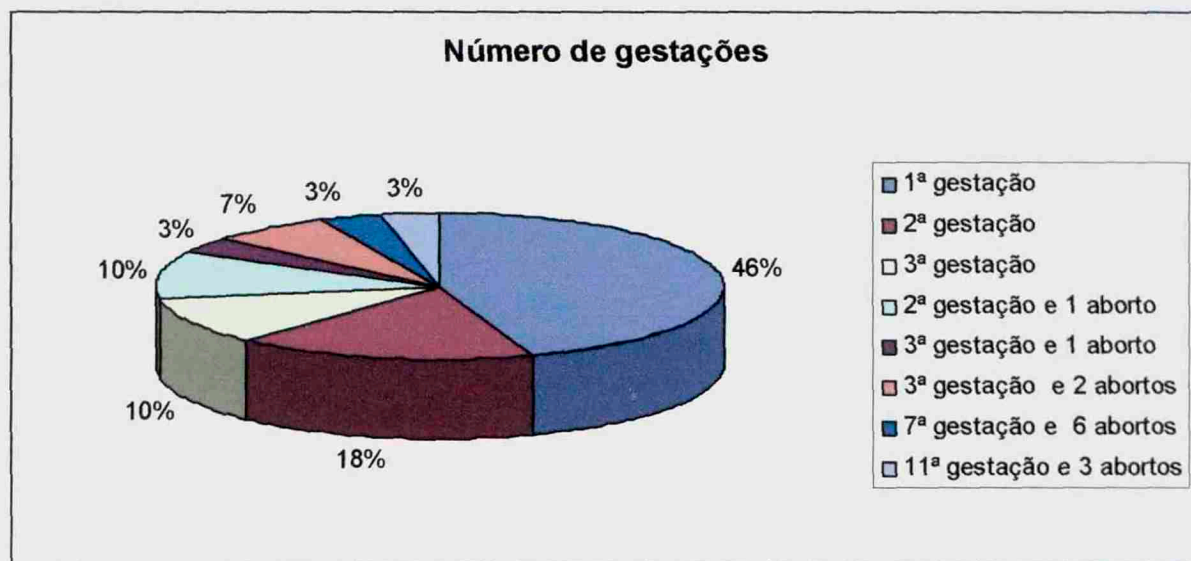


Gráfico 11: Número de gestações.

Fonte: gráfico elaborado pela autora.

Em relação ao número de gestações das usuárias entrevistadas, podemos perceber que é maior o percentual de famílias que vivenciam a experiência de ter o primeiro filho. Porém, também é significativo o percentual de mulheres que já tiveram outras gestações e até mesmo sofreram com o aborto. Nesse sentido, temos duas situações opostas, de um lado à infertilidade e a dificuldade de gerar uma vida (representado por 10% das famílias que tentaram a gravidez e sofreram abortamento espontâneo) e por outro, a falta de planejamento familiar.

Em relação à saúde reprodutiva dessas famílias, não se pode deixar de registrar que os relatos apontam que a falta de planejamento familiar pode representar um fator de risco e vulnerabilidade para as famílias. Como se observa na família F20, que após 11 gestações tem seu 8º filho, em condições de extrema pobreza, sem inserção no mercado formal de trabalho e com filhos pequenos em idade escolar. Essa situação também é identificada na família F24, que teve uma gestação de gêmeos em condições de vulnerabilidade, caracterizada pela baixa escolaridade dos pais, pelo desemprego e conseqüente dificuldade econômica e social da família que também tem outros filhos pequenos em idade escolar.

As mulheres que tiveram uma gravidez indesejada, em condições adversas para a família, verbalizaram durante a entrevista o desejo de serem incluídas no Programa de Planejamento Familiar. O acesso a esse serviço, embora seja oferecido nas Unidades Básicas de Saúde, tem sido dificultado. Ora pela falta de informação das usuárias, ora pela demora no atendimento. Algumas mulheres quando engravidam, já providenciaram os documentos para realizar os procedimentos como a laqueadura ou a vasectomia. Nesse sentido, identificamos que a demora no atendimento é uma das maiores queixas das usuárias da rede básica de saúde. Muitas delas, não conseguem ter um acompanhamento pré-natal de forma integral, inclusive, relataram ser necessário recorrer à rede privada de saúde, assim como, para fazer exames. Como nos relata a usuária da família F29, que apesar de usualmente a família utilizar os serviços da Unidade de Saúde do bairro onde residem, todos possuem o Cartão do SUS, e durante a gestação ter realizado o acompanhamento pré-natal e ter recebido a visita de agentes de saúde, teve dificuldades para agendar o exame de ultrassom, o qual teve que pagar.

Através do perfil das famílias atendidas, podemos perceber que vários são os fatores que determinam e condicionam a qualidade de saúde da população, assim como esses fatores atravessam a família e são determinantes na organização da família e na participação no cuidado de seus membros. As famílias pesquisadas caracterizam-se como famílias jovens, com filhos pequenos e apresentam uma composição familiar pequena, com centralidade no casal para as responsabilidades de proteção e cuidado do recém-nascido e de outras crianças. Do total de famílias, 22 caracterizam pela composição familiar casal e recém – nascido, casal, recém – nascido e filhos pequenos¹³, etapa do ciclo de vida familiar em que se requerem maiores cuidados. É também essa fase, considerada de maior vulnerabilidade para as famílias, que segundo Mioto (2000, p.218) com base em Cioffi, “as famílias jovens (chefes com idade média de 32,1 anos) apresentam piores condições de vida que as famílias adultas (chefes com idade média de 44,5 anos) e velhas (chefes com idade média de 59,8 anos) em função de características peculiares de cada ciclo”.

A procedência das famílias é outro fator que causa custos, devido à distância para o acesso aos serviços. Em relação à escolaridade dos pais, observamos categorias diferentes de escolaridade das mães e quanto aos pais, identificou-se dificuldade para analisar a situação que pode ser atribuído a duas razões: em muitas situações as entrevistadas não souberam informar a escolaridade do pai do recém – nascido e em outras esse dado não é informado. Quando avaliada as condições de trabalho, observamos que ao serem incluídas na categoria

¹³ Foram considerados filhos pequenos as crianças com idade entre 2 a 12 anos.

trabalho protegido, as famílias contam com a garantia dos direitos trabalhistas e tendem a ter melhores condições econômicas, já aquelas incluídas na categoria trabalho não protegido, enfrentam maiores dificuldades e problemas relacionado a questão financeira, com a inserção precária no mundo do trabalho onde se observa que tanto as mulheres quanto os homens exercem atividades pouco qualificadas e sem a garantia dos direitos trabalhistas.

3.2.2 A participação da família no Cuidado na Atenção Humanizada ao recém-nascido baixo peso Método Canguru

A experiência de ter um filho inaugura um momento importante no ciclo vital da família, com grandes repercussões para a mesma. Quando nasce um bebê prematuro ou de baixo peso¹⁴ os membros familiares mais próximos tendem a se mobilizar para cuidar, há um envolvimento em torno do novo, do que está surgindo. Percebemos que a família do recém – nascido se mobiliza para cuidar daqueles que ficaram em casa, e pode-se afirmar que nesse momento não há uma pessoa claramente definida e eleita para realizar o cuidado, mas a tarefa sempre recai sobre uma mulher, seja ela avó do bebê ou outra familiar. Ou seja, a internação de um bebê na Unidade Neonatal representa para a família uma situação difícil, de incertezas e sofrimento. É o momento da tomada de decisões. Quem cuidará de quem, quem realizará as tarefas domésticas, a família toda se reorganiza, acontece um rearranjo no cuidado.

Um olhar atento sobre as famílias estudadas permite traçar um percurso da relação do cuidado nas famílias que participam do Método Canguru na Maternidade do HU. Ou seja, a partir dos dados coletados é possível identificar diferentes estágios por quais passam as famílias na organização do cuidado. Nesse sentido, com base no perfil das famílias atendidas e da observação participante da acadêmica de Serviço Social na Unidade Neonatal, elegeram-se para análise três perspectivas, a saber: o impacto do nascimento de um recém - nascido prematuro ou de baixo-peso na família; permanência da família na unidade Neonatal e seus rebatimentos na vida familiar; à volta para casa, a sobrecarga de trabalho para a mulher e a busca de alternativas.

¹⁴ Recém - nascido prematuro é aquele que nasce antes da 37ª semana de gravidez. Recém - nascido de baixo peso ao nascer (abaixo do peso) é qualquer recém - nascido que pesa 2,5 quilos ou menos ao nascer. Recém - nascido pequeno para a idade gestacional é aquele incomumente pequeno para o número de semanas de gestação. Esse termo refere-se ao peso e não ao comprimento do recém-nascido. Recém - nascido com retardo de crescimento é aquele cujo crescimento intra-uterino foi comprometido. Esse termo refere-se ao peso e ao comprimento do recém-nascido. Um recém-nascido pode apresentar retardo de crescimento e/ou ser pequeno para a idade gestacional. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

3.2.2.1- O impacto do nascimento de um recém - nascido prematuro ou de baixo-peso na família

Para algumas famílias a experiência no Método Canguru inicia com o surgimento da gravidez considerada de alto risco¹⁵. Das famílias pesquisadas, a primeira observação que pode ser feita é que muitas mulheres foram acompanhadas no período em que estavam internadas nos leitos de gestação de Alto Risco do Alojamento Conjunto da Maternidade. E apesar da gestação de risco requerer mais cuidados, estes nem sempre acontecem, apesar das recomendações médicas, como por exemplo, o repouso. Segundo o relato da entrevistada (F29), durante sua gestação foi lhe orientado a ficar em repouso, porém, a mesma precisou dar conta das tarefas domésticas como limpar a casa, lavar roupas, levar o filho para a escola, entre outras atividades.

Com o nascimento do recém - nascido prematuro ou de baixo peso, a indicação do Método Canguru é a permanência da família no serviço. Isso implica numa tomada de decisão que não ocorre sem passar por um dilema entre cuidar do filho recém - nascido, de acordo com a proposição do método e “abandonar” a vida familiar ou deixar o bebê aos cuidados do serviço e voltar para casa e correr o risco da responsabilidade pelos possíveis desdobramentos da saúde do bebê. Enfim, a família, principalmente a mãe, sente-se dividida entre as necessidades do filho prematuro, de suas necessidades e de outros membros da família.

Nesse período do pós-parto, as mulheres encontram-se ainda mais fragilizadas, sobretudo quando se trata do nascimento de um bebê prematuro que precisa ficar internado no hospital, por isso a presença do companheiro é fundamental nesse momento. Embora a instituição ofereça a estrutura para que a família possa acompanhar o recém-nascido durante a internação, nem sempre isso é possível devido à saúde da mãe após o parto, que a impede de participar do cuidado do recém-nascido na unidade hospitalar. Para as mães, é o momento de se ambientar nesse espaço novo, que é a Unidade Neonatal e até mesmo de conhecer o

¹⁵ Segundo o Ministério da Saúde (2001) por gestação de alto risco entende-se aquela gestação na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto tem maiores chances de ser atingida por complicações, na qual o risco de doença ou de morte antes ou após o parto é maior que o habitual, tanto para a mãe quanto para o conceito. Para identificar uma gravidez de alto risco, o médico avalia a gestante para determinar se ela apresenta condições ou características que a tornam (ou o seu feto) mais propensa a adoecer ou a morrer durante a gestação (fatores de risco). Os fatores de risco podem ser classificados de acordo com o grau de risco. A identificação de uma gravidez de alto risco assegura que a gestante que mais precisa de cuidados médicos realmente os receba. (<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestantes.pdf>)

Método Canguru. No alojamento Mãe Canguru ela irá conviver com outras mães, pessoas desconhecidas de seu convívio social.

Também há aquelas famílias que não podem se integrar ao Método Canguru. Essa impossibilidade está, muitas vezes, relacionada ao fato de haver outros filhos na família que requerem cuidados ou à assistência a outros membros da família, ou ainda, a necessidade de trabalho, entre outros fatores que impedem a participação da família no Método Canguru.

A família, principalmente a mãe, tem inicialmente de conviver com a decisão difícil de deixar o filho no hospital e o pai não pode também estar presente junto do filho, uma vez que procura assumir tarefas no domicílio para que a mãe possa ir ao hospital. O sofrimento está expresso nos sentimentos de culpa e de preocupação: a mãe questiona se o filho vai ficar bem dentro da incubadora, se vai desenvolver e ganhar peso da mesma forma como no canguru. (CAETANO et al, 2005, p.556)

Nesse sentido, cabe ressaltar que a orientação de que a presença da mãe, apesar de importante, não é obrigatória. “Naqueles casos em que forem detectadas dificuldades para participação no Método Canguru, tanto o casal, quanto a família deverão ser trabalhados e auxiliados.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 50). No entanto, das famílias pesquisadas, mesmo aquelas que demonstravam dificuldades em permanecer no hospital, procuravam ao máximo acompanhar e realizar os cuidados dos filhos. Como é o caso da família F3, que é composta pela mãe, os filhos recém-nascidos gêmeos (nasceram com 31 semanas), os filhos com idades de 12 e 8 anos, e a avó materna das crianças. A família é procedente de outra cidade e a mãe precisava dividir sua atenção entre os dois filhos recém-nascidos no hospital e os filhos em casa, ainda auxiliar a mãe de 61 anos nas tarefas domésticas. É também a mãe quem busca outros serviços como, quando encaminhada para a Secretaria de Saúde/ Unidade Básica de Saúde para solicitar o auxílio transporte.

Caetano et al (2005) relatam que a experiência das famílias que participam do Método Canguru produz intensa interferência nas relações familiares. A separação entre o casal, por exemplo, traz alguns desconfortos da relação conjugal. Das famílias entrevistadas, uma delas (F7) inclusive viveu o processo de separação conjugal no período em que a mãe se encontrava alojada no hospital. Outras duas separaram dos pais dos recém – nascidos ainda na gestação (F3 e F17), representando para as mães um período de incertezas e de menor apoio no cuidado.

De acordo com Caetano et al (2005), o nascimento de um filho prematuro traz para a família riscos e consequências, que tem um significado importante para os pais, que em

resposta a essa condição, colocam-se disponíveis para agir seguindo e aceitando as necessidades que os serviços lhe impõem. Percebemos que as mães, durante esse período, tomam para si uma dose excessiva de responsabilidades, pois a situação frágil do filho prematuro, que simbolicamente indica a presença de riscos para a sua sobrevivência, para o seu crescimento e desenvolvimento, sinaliza aos pais a necessidade de estar junto dele, de cuidar e de acompanhar a sua evolução. Por isso, muitas mães preferem ficar no Alojamento Mãe Canguru.

Segundo Caetano et al (2005), no Método Canguru a família

[...] deve apresentar um estilo sincronizado de ações, de modo a permitir a manutenção dos vínculos, responsabilizar-se pelo cuidado de seus membros, atender às demandas necessárias à organização do sistema familiar instituído, manter-se na força de trabalho e assumir, ainda, a assistência específica do filho prematuro. O estilo sincronizado familiar tem sua origem na sensibilidade materna e paterna em relação ao que estão vivendo e também na interação e satisfação na relação marital. (CAETANO et al, 2005, p.567).

Dessa forma, é possível afirmar que a chegada de um novo membro na família traz modificações que implicam numa sobrecarga de atividades no ambiente doméstico, e maior complexidade no âmbito dos relacionamentos. O nascimento de um filho prematuro torna essa vivência mais complexa, pois se trata de uma criança que exige um envolvimento bastante intenso por parte dos seus familiares.

3.2.2.2 A permanência da família na unidade Neonatal e seus rebatimentos na vida familiar

No Método Canguru, o cuidado vai consolidando-se e, com o passar do tempo, define-se claramente quem vai exercer a função de cuidador - a mãe, que vai assumir os vários custos do cuidado, ela é quem vai responder as exigências do serviço em relação ao cuidado. A partir das nossas observações, constatamos que a mulher, depois de algum tempo, começa a apresentar sinais de cansaço, estresse, tristeza, e os conflitos familiares vão aflorando, pois, outros membros do núcleo familiar precisam dividir ou até mesmo assumir atividades antes realizadas apenas por ela. Percebemos também que as angústias, as dores, as tristezas, e até mesmo o cansaço são inevitáveis nesse período de internação. Cuidar desse recém-nascido tão pequeno, muitas vezes, traz exigências, solicita muito e requer uma grande atenção.

De forma geral, a família sofre a separação entre seus membros, principalmente dos outros filhos, e ainda se vê diante de mudança de papéis, uma vez que o pai, esposo ou

companheiro passa a cuidar sozinho dos filhos e a executar as tarefas domésticas. A família, principalmente a mãe, tem de viver submetendo-se as rotinas do cotidiano da Unidade Neonatal e do Método Canguru. A mãe passa por dificuldades no manejo e na amamentação do filho e a família tem a vida transformada.

Embora a equipe não pressione a mãe a ficar e até mesmo sugira que ela vá para casa descansar, podemos dizer que existe uma cobrança velada, por exemplo, quando a mãe demora a retornar para a Unidade ou quando não demonstra interesse nos cuidados. Outro elemento diz respeito ao descuido que vem à sombra do cuidado. As mães residentes em outras cidades, que precisam se ausentar da Unidade sentem-se culpadas por deixar o recém-nascido. Assim, como as mães veem como obrigação cumprir a rotina exigida no processo de cuidar, estas devem amamentar de 3 em 3 horas, realizar a ordenha do leite, dar banho, trocar, estar junto, acalantar e fazer o canguru. São várias atividades que fazem com que elas estejam 24 horas envolvidas no cuidado e, portanto, a mãe organiza sua rotina a partir do cuidado com o recém-nascido. Muitas vezes, quando é sinalizada a possibilidade delas irem para casa, há a expressão de culpa por parte delas.

No período de permanência das mães no Método Canguru, foi possível identificar que uma das preocupações das mulheres é referente à administração da casa e do cuidado com outros filhos ou familiares, até mesmo com o companheiro. Demonstram preocupação ao pensar neles sozinhos em casa. Nessa mesma perspectiva, Martins (2008) aponta em sua pesquisa com os pais de recém-nascidos de baixo peso ou prematuros, que a fase do Método Canguru, em que suas companheiras ficam acompanhando os filhos na Unidade de Neonatologia, muitas vezes alojadas na referida unidade, é para eles uma fase bastante difícil, pois precisam assumir tarefas antes realizadas exclusivamente pelas mulheres, como administrar as tarefas da casa e os cuidados com os filhos. O que pode ser identificado no relato da usuária da família F24, sobre a demanda de trabalho que ela encontra em casa. Segundo seu relato, a usuária sempre cuidou sozinha dos afazeres domésticos e nunca pode contar com a rede social primária, sua família reside no interior de Santa Catarina e a entrevistada não mantém vínculos com a mesma. Embora durante o período de internação do filho a usuária tenha permanecido alojada na Unidade Mãe Canguru, precisou ir com frequência para sua casa em função da organização das tarefas e dos cuidados com os filhos de (16, 14, 12, 9, 6, 3, e 2 anos de idade). Nesse período, seu companheiro ficou responsável pelas crianças, no entanto, foi preciso que uma vizinha e amiga da família preparasse o alimento e encaminhasse as crianças para a escola e creche.

Assim constatamos que as atividades domésticas ainda são inteiramente de responsabilidade feminina e sua operacionalização gera uma grande demanda de trabalho. Muitas vezes, as usuárias relatam que acabam cansando ao ir para a casa, pois são elas que precisam realizar todo o trabalho doméstico. Corroborando a perspectiva apontada de que a realização das tarefas domésticas, as quais compreendem as atividades de lavar e passar roupas, limpar a casa e quintal, cozinhar, lavar louças, entre outros, e também no cuidado é essencialmente realizada pela mulher, e quando ela precisa de ajuda para estas situações, recorre à outra mulher da rede de parentesco ou da vizinhança. As mulheres continuam a realizar o trabalho não pago no espaço privado, e os homens, o trabalho assalariado no espaço público. Nesse sentido, o cuidado dos filhos a educação das crianças, cuidado da casa, cuidado físico e psíquico de outros membros da família, apresenta-se como trabalho necessário, de forma que, não sendo remunerado se torna um trabalho de doação. (ALBIERO, 2003).

O período em que as mulheres ficam diariamente no hospital representa para a família um momento bastante difícil e a solidariedade entre seus membros também é apontada como suporte para a superação de questões relacionadas à saúde. Lima (2006, p.10), com base em Levi Strauss, nos traz que “uma das características que acompanham a família ao longo do seu desenvolvimento é a solidariedade entre as gerações”, condição da própria sobrevivência dos seres humanos, pois a reprodução destes, só é possível pelos cuidados que dedicam uns aos outros, tarefa geralmente realizada por esse grupo chamado família. No manual técnico Método Canguru, encontramos a orientação referente à presença da família ampliada na Unidade Neonatal. No trecho a seguir, podemos perceber que de uma forma ou outra a família é sempre requisitada.

[...] os avós possuem um lugar privilegiado. Em geral são eles que se oferecem como rede de apoio para seus filhos, no que se refere a dar continuidade a suas atividades ou compromissos extra-hospitalares, no cuidado com o restante da família [...]. Tal fato mostra a importância de haver, desde o início da internação, orientação por parte da equipe para que os pais reforcem seus contatos com a família ampliada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 50).

Apesar de a mulher entender que ser pai vai além de prover economicamente os filhos, concluindo que também é na dedicação e na participação dos cuidados deste, ainda é muito tímida a vinculação dos pais na Unidade Canguru. Enquanto o papel da mulher/mãe é naturalizado, o pai deve ser estimulado a exercer essa função. Costa (1998 apud MARTINS,

2008) ressalta que é dever do pai participar do cuidado com os filhos, tendo assim mais responsabilidade frente à reprodução, visando dividir e diminuir as exigências colocadas para as mulheres em relação ao cuidado. Nesse sentido, a autora entende que

Os homens deveriam participar da paternidade desde o período da gravidez, cuidar dos bebês, limpá-los, alimentá-los, ter uma relação mais direta com os filhos, expressando amor e ternura, não sendo somente uma figura de autoridade e muito menos autoritária. (COSTA apud MARTINS, 2008, p. 92).

No entanto, para assumir junto à mulher os cuidados do filho, os homens são menos favorecidos pela lei. Martins (2008), em sua pesquisa sobre o exercício da paternidade, conclui que os pais dos recém-nascidos internados na Unidade Neonatal da Maternidade do HU, não conseguem acompanhar as consultas de pré-natal, por exemplo, por não conseguirem liberação do trabalho. O mesmo ocorre em relação à licença - paternidade (5 dias para empregados e 15 para funcionário público), que muitas vezes não é respeitado pelos empregadores, e no caso dos trabalhadores informais é inexistente, o que confirma que o homem não tem respaldo para o exercício da paternidade.

3.2.2.3 A volta para casa, a sobrecarga de trabalho para a mulher e a busca de alternativas.

Quando as famílias têm alta hospitalar, uma nova etapa se inicia. A partir desse momento, os cuidados passam para a esfera privada da família, o cuidado não é mais supervisionado e a mãe não terá mais como se dedicar exclusivamente ao filho, pois em casa surgem outras demandas de trabalho. Lima (2006), em sua pesquisa com famílias já constatava que em se tratando dos cuidados dos filhos, as mães não delegam os cuidados. São elas as cuidadoras da família. Quando questionados sobre o período de pós-alta hospitalar, as mães relatam que receberão auxílio nos cuidados com o recém – nascido do companheiro, dos filhos mais velhos, de outros parentes ou amigos, este auxílio funciona apenas como ajuda, pois a mãe é quem tem a responsabilidade de cuidar, de retornar para o hospital para realizar as consultas. Estas situações estão em consonância com a cultura brasileira, que de forma geral destina às mulheres a tarefa de cuidar. Sendo o cuidado de crianças, principalmente de filhos, uma função das mães.

Observamos que para as entrevistadas, a configuração familiar é associada ao ambiente doméstico e que a família é a principal rede de apoio na volta para casa. As relações de parentesco e afetividade também são utilizadas como critério para definir aqueles com

quem se pode contar. Quando questionadas sobre a manutenção das tarefas domésticas, sobre o cuidado com outros filhos, a família extensa é considerada como rede de apoio. Por isso, é necessário considerar que muitas usuárias entrevistadas relacionam pessoas que não convivem no mesmo ambiente doméstico, mas que contam com elas “como parte da família”, são as amigas (comadres), vizinhos e outros parentes (geralmente do sexo feminino), para realizar determinadas atividades e até mesmo para auxiliá-las nos cuidados com os filhos.

Geralmente, as entrevistadas identificam a mãe como a pessoa que irá ajudá-la nos cuidados com o bebê. Apesar de a dimensão do cuidado ser compartilhada entre as redes de solidariedade estabelecidas por essas mulheres, estas não reivindicam os homens no cuidado. As entrevistadas ao relatarem situações em que precisarão de apoio para realizar os cuidados com o bebê ou em atividades cotidianas, os personagens centrais são a mãe, a sogra, as cunhadas e as irmãs. A família do marido é, muitas vezes, considerada um suporte nas tarefas de cuidado, especialmente nos casos em que as mães moram com as sogras. O relato da família F23 deixa evidente que conta com a sogra para os cuidados com os bebês, e com ela também divide as tarefas domésticas. No entanto, em relação a seu companheiro a mesma não pode contar. Ele, além do trabalho, estuda no período noturno.

Nessa perspectiva, Fonseca (1987) e Sarti (2003), nos trazem a importância dos laços consanguíneos, que nas relações familiares é preponderante, pois envolvem laços afetivos e simbólicos que possibilitam a existência de fortes vínculos capazes de viabilizar a reprodução da vida familiar. Desse modo, esses vínculos com a rede familiar mais ampla não se desfazem com o casamento, as obrigações continuam existindo, sobretudo diante da instabilidade das uniões conjugais. Nesse sentido, a família F7 representa evidente situação, em que a separação conjugal fez com que a usuária ficasse mais próxima de sua mãe, inclusive é ela quem busca a filha no hospital quando mãe e bebê têm alta hospitalar.

Não raro, as mães de bebês prematuros sinalizam a possibilidade de pedir demissão após a licença maternidade, para dedicar-se exclusivamente ao cuidado do recém-nascido. No relato da família F29, a mãe preocupa-se com o fato de na sua cidade ser difícil conseguir vaga em creche, segundo ela: “Há muitas mulheres trabalhadoras que precisam desse serviço”. Por esse motivo, a usuária pensa na possibilidade de fazer um acordo com a empresa e pedir demissão. Assim, observa-se que as alternativas de como desenvolver este cuidar são decididas pelas possibilidades financeiras da família e pelo acesso a outras políticas sociais. A família que pode optar pelo abandono do emprego, que pode pagar uma creche ou que consegue acessar o serviço público, consegue oferecer o cuidado com menor sobrecarga física

e emocional e aquelas que não possuem capacidade financeira o custo do cuidado tende a recair sobre a mulher.

Diante das informações apresentadas, destacamos dois pontos importantes. O primeiro refere-se ao fato de que o cuidado no âmbito dos serviços de saúde, principalmente no contexto da humanização neonatal, tem sido atribuído naturalmente como uma função da família. A família é considerada a instância provedora de bem-estar e de saúde de seus membros. É nesse sentido, que identificamos que o trabalho familiar, é uma dimensão constante no cotidiano das famílias atendidas no Método Canguru. Com base em Saraceno (1996), podemos afirmar que o cuidado também denominado “trabalho do amor”, é uma dimensão importante do trabalho familiar, à medida que se refere e é motivado pelas relações familiares e implica contemporaneamente dimensões consistentes de trabalho material e de elaboração simbólica, de cuidado e atendimento às necessidades dos indivíduos e de atenta avaliação de prioridades de recursos.

Desse modo, o segundo ponto destacado refere-se ao fato de que a grande maioria das atividades cotidianas que envolvem o cuidar de alguém ou de algo é realizada por mulheres. Observamos, de forma geral, nas famílias entrevistadas que o cuidado vem sendo caracterizado como uma atividade feminina e não remunerada, pouco reconhecida ou valorizada, pois ela é atribuída à mãe como uma função legítima. De acordo com Pedreira (2008, p. 2) “a compulsoriedade da maternidade se localiza no par mulher/natureza. Por sua anatomia – os seios que amamentam, o útero que gera o bebê – a mulher parece carregar como destino o dever de ser mãe”. Nesse sentido, a identidade feminina passa a ser definida, a partir do gerar e cuidar e os sentimentos envolvidos nessas atividades. No entanto, Aguirre (apud MIOTO, 2009) ressalta que embora o cuidado seja o resultado de pequenos atos, conscientes ou inconscientes, não pode ser considerado natural ou sem esforço, uma vez que implica em tempo, conhecimento, ação, além dos sentimentos.

Concordamos com as feministas que a figura da mulher/mãe é central nesse debate, pois ela encarna o papel do cuidado no imaginário da sociedade por intermédio de uma generalização do feminino, isto é, de que a inclinação para o cuidar é algo inerente a um “jeito de ser feminino”. (LETABLIER, 2007). Embora o trabalho de cuidar ocupe posição central nas relações humanas, esse trabalho ainda é desvalorizado. Sua naturalização, segundo Letablier (2007), acaba consolidando a idéia de que homens e mulheres têm papéis econômicos e sociais diferenciados e complementares tanto na família quanto na sociedade, quando na verdade, se tem lutado pela igualdade de direitos tanto na esfera pública quanto na esfera privada. Para a corrente feminista, o conceito de cuidado entendido dessa forma busca

dar uma forma ao trabalho não remunerado, ao trabalho invisível de ajuda e cuidados às pessoas. Para elas, é a noção de trabalho remunerado e não remunerado que constrói a fronteira entre a esfera pública e privada. Portanto, o conceito considerado como um trabalho familiar teria sua base no trabalho voluntário das mulheres na família e na comunidade, para ajudar a promover o cuidado de seus membros. Palomo (2008) já assinala que os estudos sobre os cuidados prestados pela família têm apontado para centralidade do cuidado prestado pelas mulheres. Segundo esta autora, os estudos realizados no âmbito da família tem questionado a idéia de relações mais igualitárias na família contemporânea, ao mostrar como as mulheres que trabalham fora tem enfrentado a chamada “doble ingreso ou doble carrera”, pois apesar disso elas continuam sendo as principais responsáveis pelas tarefas domésticas e pelos cuidados de seus membros.

Palomo (2008) afirma que

[...] son las mujeres, pues, dentro y fuera de entornos familiares, las que se ocupan de dar respuesta a las necesidades de cuidados, de organizar su provisión a través de la utilización de recursos públicos o bien, cuando esto es posible y necesario, recurriendo al mercado, generalmente contratando servicios de otras mujeres. (PALOMO, 2008. p.36)

Nesse sentido, quando remetemos para o estudo com as famílias do Método Canguru, podemos dizer que a divisão do trabalho nas famílias, não se dá entre os pais, ou seja, entre homem e mulher, mas sim entre as gerações de mulheres. No período em que estas vão para a casa, a solidariedade familiar ou entre as gerações de mulheres, tem importância central nas famílias.

Quando passamos a acompanhar as famílias, cujo recém – nascido encontra-se na Unidade Neonatal, no Método Canguru, percebemos que o cuidado assume uma dimensão complexa da vida humana, o compromisso que as mulheres assumem de zelar pelo bem-estar do filho recém- nascido e cuidar dele no período de internação representa para elas, mais que uma responsabilidade, o cuidado é para as usuárias/mães um ato de amor. De acordo com Albiero (2003), a mulher é a primeira figura conhecida pelo ser humano, desde o seu nascimento, que exerce a função de cuidadora. É introjetada culturalmente como função feminina, sendo associada à sua condição biológica de gestar e amamentar. E, por esta condição, nem sempre aceita dividir o cuidado com outras pessoas. Há nesse sentido, entre as famílias pesquisadas, certa dificuldade de interação com a equipe de saúde, ou ainda um sentimento de que as profissionais nem sempre realizam o cuidado com o recém - nascido da

melhor maneira, ou seja, na desconfiança de que o outro não cuidará como ela. Há também, no imaginário das mães a idéia de que não se pode reclamar do serviço prestado, pois os profissionais poderiam “vingar-se” no recém - nascido.

Para Caetano et al (2005), assumir os cuidados do filho no Método Canguru representa uma decisão da família, que implica alterar papéis e passar pela separação entre os familiares. Nesse processo, os custos são de ordem emocional e também em relação à condição de vida das famílias, uma vez que interfere na situação financeira e no cuidado entre os membros familiares. Como já apontado, muitas vezes, as mães têm de deixar o seu trabalho, têm menos tempo para os outros membros da família, sentem dificuldades para cuidar dos outros filhos ou conciliar o cuidado, queixam-se de cansaço, bem como têm dificuldades para ir ao hospital. No estudo realizado pelas autoras, a saúde da mãe após o parto também impede a família de participar do cuidado do recém-nascido na Unidade hospitalar. Apesar de ter consciência das necessidades do recém-nascido prematuro, a família tem limitações para empreender duas jornadas.

Nesse sentido, entendemos que a decisão da família está associada, entre outras questões, ao tipo de organização que a família compactua entre seus membros para a viabilização do cuidado em seu cotidiano. Para qualquer família não basta ter disponíveis recursos, quer sejam estes financeiros, assistenciais ou outros, para que se tenha assegurado o sucesso da sua participação do Método Canguru. É preciso efetivar uma organização, que é peculiar a cada família, que dê conta de suprir tais necessidades do serviço. Por outro lado, está em jogo a sobrevivência de um membro da família e a sobrevivência do filho recém-nascido. Portanto, não é uma tarefa simples, nem uma decisão fácil de ser tomada. Pois, as famílias não se encontram nas mesmas condições materiais e culturais e, isso faz com que as possibilidades de usufruírem dos serviços também sejam desiguais. Tanto para avaliá-los e negociarem sobre as condições e qualidade dos serviços ofertados, quanto para a combinação de recursos para usufruir dos serviços. Essa combinação implica em recursos advindos do trabalho familiar, dos recursos materiais da família e do auxílio da rede social primária. (MIOTO, 2009).

Mioto (2001, p.97) ressalta que historicamente o Estado imputou à família o dever de, independentemente das suas condições de vida e vicissitudes da convivência familiar, proteger e cuidar de seus membros. Para a autora “esta crença pode ser considerada, justamente, um dos pilares da construção dos processos de assistência às famílias. Ela permitiu se estabelecer uma distinção básica para os processos de assistência às famílias. A distinção entre famílias capazes e famílias incapazes”. As famílias capazes são aquelas que

desenvolvem adequadamente, na perspectiva da sociedade em geral, as funções que lhe são atribuídas. E, as incapazes são aquelas que não correspondem às exigências sociais e requerem a interferência externa.

As famílias pesquisadas, em geral conseguem manter uma organização básica, que as tornam colaboradoras ativas desse serviço. Depreende-se, portanto, que o Método Canguru funciona à medida que a família consegue manter uma organização familiar capaz de atender às suas exigências, ou seja, este sistema apresenta eficácia no tratamento à saúde dos recém-nascidos cujas famílias apresentam uma organização voltada para o cuidado. E, para as famílias com uma situação de maior vulnerabilidade, levanta-se um ponto de interrogação, pois nem o Estado, nem a sociedade apresentam perspectivas para elas. Ainda que se tenha garantido o direito de um tratamento humanizado ao recém-nascido, a concretização desse direito para a família depende que o Estado disponibilize o acesso a outras políticas sociais.

Concordamos com Caetano et al (2005), que a experiência da família no Método Canguru comprova que essa política deve ser pensada, levando-se em consideração o entendimento de que há famílias que conseguem adequar suas condições internas para atender à fragilidade do filho prematuro, enquanto outras não conseguem atender à dupla jornada ou nova demanda criada pelo filho prematuro no hospital. Frente essas colocações, podemos afirmar que no Método Canguru, o cuidado realizado pela família é supervalorizado, a política de humanização tem se utilizado desse trabalho, delegando a família um papel de maior destaque na produção do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se abordar a temática da relação família e cuidado, verificou-se que esse é um assunto pouco debatido quando o remetemos à discussão sobre a responsabilização da família. Apesar da relação família e cuidado atravessar a história da humanidade, esta costuma ser naturalizada. Pode-se observar através do exposto ao longo deste estudo, que tanto as famílias como a proteção social passaram por transformações importantes ao longo dos tempos, com consequentes alterações, não só sobre a forma de ser e conviver em família, mas também sobre a maneira de exercer a proteção e o cuidado nos diversos âmbitos da sociedade. Do mesmo modo, percebemos que o debate acerca do cuidado tem ficado restrito ao âmbito filosófico e da assistência em saúde, e sua relação com a proteção social não tem sido problematizada.

Observa-se na atualidade, que os debates a respeito da família têm apontado para a existência de um consenso sobre as transformações ocorridas nessa instituição, porém esses, têm se concentrado muito mais nos aspectos referentes à sua estrutura e composição e a expectativa social relacionada às suas tarefas e obrigações continua preservada. No que concerne ao papel que lhe foi destinado na reprodução social, ela continua com a tarefa de cumpri-lo, porém com uma cobrança muito maior, tanto em presença como em qualidade do cuidado. (LIMA, 2006)

Assim, os serviços e as instituições continuam apostando na família para dar conta da proteção social dos indivíduos e a responsabilidade do cuidado tem recaído principalmente sobre as mulheres, mas o seu cumprimento se encontra relacionado, sobretudo, com a disponibilidade de tempo delas. Segundo Mioto (2006), das famílias espera-se um mesmo padrão de funcionalidade, independente do lugar em que as famílias estão localizadas na linha de estratificação social. O mesmo ocorre em relação aos serviços, estes continuam se movimentando a partir de expectativas relacionadas aos papéis típicos de uma concepção funcional de família, em que a mulher (mãe) é responsável pelo cuidado e educação e o homem (pai) pelo provimento. Disso depreende que em nossa sociedade, é corrente a associação entre família e mulher. Inclusive, a política de saúde tem se utilizado fartamente do estereotipo do papel da mulher “cuidadora”. Sem levar em conta suas reais condições, sempre é requisitada pelos serviços.

Inferiu-se no decorrer desse estudo que a naturalização do cuidado no âmbito familiar é revelada tanto pelos profissionais da saúde, quanto na leitura que as famílias fazem da sua participação no Método Canguru, o cuidado, o desgaste emocional e financeiro não é

contabilizado como tal, mas é visto como uma obrigação da mãe e da família. Nesse sentido, Saraceno (apud MIOTO, 2009) entende que a divisão do trabalho familiar, pode ser favorecida ou não pela política social, especialmente, através dos serviços. Segundo a autora, o trabalho familiar tem se constituído em recurso da política social.

Através do perfil das famílias atendidas percebe-se que vários são os fatores que determinam e condicionam a qualidade de saúde da população, assim como, esses fatores atravessam a família e são determinantes na organização da mesma e na participação no cuidado de seus membros. A família continua sendo uma unidade econômica e prestadora de serviços, e o cuidado têm um custo. As políticas sociais apresentam-se de forma fragilizada e inexistentes, e ante a ausência de políticas públicas direcionadas à família, esta não pode assumir todos os cuidados de maneira eficiente, sendo muitas vezes, alvo de críticas da equipe de saúde.

No decorrer do estágio e no desenvolvimento do Estudo da Atenção Humanizada-Método Canguru pode-se concluir, que a chegada de um novo membro na família traz modificações que implicam numa sobrecarga de atividades no ambiente doméstico, e maior complexidade no âmbito dos relacionamentos. O nascimento de um filho prematuro torna essa vivência mais complexa, pois se trata de uma criança que exige um envolvimento bastante intenso por parte dos seus familiares. Verificou-se que essas famílias são sobrecarregadas, esta sobrecarga recai particularmente sobre a mulher/mãe. Além de cuidadoras, são as mulheres as responsáveis pelos serviços, tanto os que estão centrados no ambiente doméstico, como os que estão relacionados ao espaço público. Além disto, é a mulher que continua se responsabilizando pela função de cuidado e realização das tarefas domésticas. Estas últimas são essencialmente de responsabilidade feminina, os homens apesar de ajudarem pouco, também tem dividido as tarefas domésticas e aos poucos tem sido inserido no Método Canguru. Em relação às funções de cuidados a rede familiar oferece alguma ajuda, sem, contudo, aliviar a responsabilidade da mulher /mãe nesta função.

Assim, a adesão das famílias ao Método Canguru não acontece sem custos para elas. Essa decisão é colocada como se dependesse apenas delas, no entanto, sabemos que os impactos dessa decisão serão diferentes. Não podemos discutir o método sem considerar os impactos que o mesmo acarreta para as famílias. Durante o tempo em que as famílias permanecem na Unidade Neonatal percebemos que as exigências que o serviço faz em relação ao cuidado do recém-nascido, nem sempre são compatíveis com suas possibilidades, no que se refere à permanência na unidade. Nesse sentido, cada inclusão da família no Método

Canguru traz a responsabilidade para o serviço de se pensar as exigências e as possibilidades que essa família tem de cumprir, o que lhe é exigido para a efetivação do cuidado.

O Assistente Social enquanto profissional que trabalha na política de saúde em equipe multidisciplinar não pode estar ausente desse debate. Nesse sentido, cabe ao profissional identificar qual o custo do cuidado para as famílias e quais alternativas existem na rede de proteção social, para que ela de conta desse cuidado. Ou seja, quais alternativas a família tem para participar do Método Canguru. E em que medida é possível aliviar a sobrecarga de trabalho familiar, especialmente das mulheres. Assim, a organização familiar voltada para o cuidado nos instiga a uma segunda observação, que se levanta e que diz respeito à reorganização exigida da família para enfrentar esta nova situação.

Porém, nem sempre esse modo de compreender a inserção da família no serviço é feita pelos profissionais, este exige um exercício contínuo de reflexão. Embora os assistentes sociais critiquem a idéia de responsabilização da família pela provisão do bem-estar, que ocorre através dos serviços e programas responsáveis pela execução da política social, o cotidiano do trabalho dos profissionais tem revelado fragilidades. De acordo com Miotto (2009), essa questão ficou visível, através da pesquisa sobre “ações profissionais e intersetorialidade”. Analisando as entrevistas realizadas com as famílias, a autora identificou o quanto os profissionais delegam a elas a responsabilidade dos percursos a serem realizados para o atendimento de suas necessidades e o alto grau de incerteza que presidem esses percursos. “Além disso, estas ações implicavam sempre na utilização de uma alta dose de recursos familiares, especialmente de tempo e dinheiro, embora os profissionais criticassem a idéia de responsabilização da família”. (MIOTO, 2009, p. 5).

A partir do Estudo de caso das famílias atendidas pela Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso Método Canguru e a discussão referente ao cuidado como trabalho familiar, espera-se que as reflexões obtidas com este estudo possam contribuir para as ações dos profissionais que cotidianamente trabalham com famílias nos serviços de saúde. Fica, portanto, o desafio de trabalharmos em prol de uma política voltada para a família, mas no sentido de não responsabilizá-la ainda mais pela provisão do bem-estar de seus membros.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde**. Interface (Botucatu) [online]. 2004, vol.8, n.14, pp. 73-92. ISSN 1414-3283. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a04.pdf> Acesso em 26 de out. de 2009.

ALBIERO, C. E. **Assistência domiciliar como modalidade de atendimento à saúde no contexto da família e das políticas sociais**. Florianópolis, 2003. 182p. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo *ethos*. **Inclusão Social**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, out./mar., 2005

BORN, T. Cuidar Melhor e Evitar a Violência - **Manual do Cuidador da Pessoa Idosa**. Tomiko Born (organizadora) – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. Disponível em http://www.ciape.org.br/manual_cuidador.pdf. Acesso em 24 out.2009.

BRASIL. LEI Nº 6.202, 17 DE ABRIL DE 1975. Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto - lei nº 1.044, de 1969, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1970-1979/L6202.htm. Acesso em 17 de nov. de 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24229 acesso em 05 set.2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartilha Humaniza/SUS**. Brasília, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_visita_aberta_2ed_2008pdf. Acesso em 23 de junho de 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção Humanizada ao recém nascido de baixo peso: método mãe-canguru**: manual do curso/ Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. 1º edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_MetodoMacCanguru.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO PORTARIA Nº 693, DE 5 DE JULHO DE 2000. **Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru**. Ministério da Saúde, 2000.

BRAVO, M.I. Política de saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; Brasília- DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008

BRUSCHINI, C. Uma abordagem sociológica de família. **Revista Brasileira de Estudos da População**. São Paulo, v. 6, nº1, jan-jun. 1989. P. 01-23. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol6_n1_1989/vol6_n1_1989_lartigo_1_23.pdf. Acesso em 31 de out. 2009.

BRUSCHINI, C. Trabalho doméstico: inatividade econômica ou trabalho não-remunerado? **Revista Brasileira de Estudos da População**. São Paulo, v. 23, n. 2, p. 331-353, jul./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v23n2/a09v23n2.pdf>. Acesso em 17 de nov. de 2009.

CAETANO LC, SCOCHI CGS, ANGELO M. Vivendo no método canguru a tríade mãe-filho-família. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 julho-agosto; 13(4): 562-8.

CAMPOS, M. S. & MIOTO, R.C.T. Política de assistência social e a posição da família na política social brasileira. **Revista Ser Social**. Brasília: UNB, N ° 12 jan.- junho, 2003, p. 165–190.

CARVALHO, I. M. M; ALMEIDA, P. D. Família e proteção social. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.17, n.2, p.109 -122 2003.

CERVENY, C. M. de O; BERTHOUD, C. M. E. et al. **Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

DE MARTINO, M. **Políticas Sociales y Familia: Estado de Bienestar y Neoliberalismo Familiarista**. Montevideu/Uruguay: Fronteiras. Num. 4, Set-2001, pp. 103-114.

DI GIOVANNI, G. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: **Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil**. Campinas/SP, UNICAMP, 1998. P. 09-29.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo, n. 115, mar. 2002, p. 139-154. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n115/a05n115.pdf>. Acesso em 24 de nov. de 2009.

FLORIANI, C. A; SCHRAMM, F. R. **Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(4): 986-994, jul-ago, 2004.

FONSECA, C. Aliados e rivais na família: o conflito entre consangüíneos e afins em uma vila porto-alegrense. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Vol 12, nº 4, jun. 1987. P. 88-104.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 1511-1520, 2008.

GOLDANI, Ana Maria. **Família, gênero e políticas: famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção**. Revista Brasileira de Estudos de População, v 19, nº1, jan/jun. 2002. Disponível em: http://200.130.7.5/spmu/estudos_pesquisas/estudos/familia_genero.pdf. Acesso em 20 de abril de 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** São Paulo: Cortez, 2008.

IBGE. Síntese de indicadores sociais 2006. IBGE detecta mudanças na família brasileira.

Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=774&id_pagina=1 Acesso em 01/06/2008.

IBGE. Síntese de indicadores sociais 2007. IBGE divulga indicadores dos últimos 10 anos.

Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=987&id_pagina=1. Acesso em 05/06/2008.

KLOCK, A. D; HECK, R. M; CASARIM, S. T. Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família/UFPEL-MS/BID. In: **Texto & contexto - enfermagem.** [online]. 2005, vol.14, n.2, pp. 237-245. ISSN 0104-0707. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/allv14n2.pdf>. Acesso em 26 de out. de 2009.

LAMY, Z. C; *et al.* Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 2005.10(3) p. 659-668.

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a22v10n3.pdf>

LETABLIER, M. T. **El Trabajo de “Cuidados” y su Conceptualizacion em Europa.** In: PIETRO, C. et al. Trabajo, Género y Tiempo Social. Madri/Barcelona: Hacer e Complutense, 2007.

LIMA, E. M. **A Proteção Social no Âmbito da Família:** um estudo sobre as famílias do Bairro Monte Cristo em Florianópolis. 158f/Fevereiro de 2006. Dissertação apresentada para o título de mestre em Serviço Social (Curso de Mestrado em Serviço Social.)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

LIMA, T. S. L.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katályisis.** V. 10. Nº especial. Editora da UFSC, Florianópolis. 2007

MARTINS, L. O exercício da paternidade e a (des) proteção social: uma análise no Hospital Universitário de Florianópolis. **Trabalho de Conclusão de Curso.** Florianópolis: UFSC/CSE/DSS, 2008.

MEDEIROS, M. et al. **O levantamento de informações sobre as famílias nas PNADs de 1992 a1999.** Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R. **Mudanças nas famílias brasileiras:** a composição dos arranjos familiares entre 1978 e 1998. Brasília: IPEA, jun. 2002. (Texto para discussão nº 886). Disponível em < http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/td_0886.pdf> Acesso em 26 de out. 2009.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIOTO, R.C.T. Família e serviço social: contribuições para o debate. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, Nº 55, Cortez, 1997. P.114-131.

MIOTO, R. C. T. Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia Saúde da Família. **Projeto de Pesquisa**: UFSC/CNPq. Florianópolis, 2004.

MIOTO, R. C. T. Novas propostas e velhos princípios: a assistência as famílias no contexto de programas de orientação e apoio sócio-familiar. In: **Política Social, família e juventude**: uma questão de direitos. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2006. P 43-59.

MIOTO, R. C. T; CAMPOS, M, S; LIMA, T. C. S. Quem cobre as insuficiências das políticas públicas: contribuição ao debate sobre o papel da família na provisão do bem-estar social. **Revista de Políticas Públicas**. São Luís-Maranhão, Programa de Pós- Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, v.10, n.1, p. 165-185, jan./jun. 2006.

MIOTO, R.C. T; SILVA, M. J; SILVA, S.M.M.M. A relevância da família no atual contexto das políticas públicas: a política de assistência social e a política antidrogas. **Revista de Políticas Públicas**. São Luís-Maranhão, Programa de Pós- Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, v.11, n.2, p. 197-220, jul./dez 2007.

MIOTO, R. C. T. et al. Processo de construção do espaço profissional do Assistente Social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia Saúde da Família. **Relatório de Pesquisa**: UFSC/CNPq. Florianópolis, 2007.a

MIOTO, R. C. T. As ações profissionais do assistente social na Atenção Básica da Saúde: contribuições para o debate sobre a intersetorialidade e família na construção da integralidade. **Projeto de Pesquisa**: UFSC/CNPq. Florianópolis, 2007.b

MIOTO, R. C. T. Família e Políticas Social. In: BOSCHETTI, I. et al. **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**. São Paulo: Cortez – CAPES, 2008. P. 130-148.

MIOTO, R. C. T. As ações profissionais do Assistente Social na Atenção Básica da Saúde: contribuições para o debate sobre intersetorialidade e família na construção da integralidade. **Breve Relatório de Pesquisa 2007-2010**. UFSC/CNPq. Florianópolis, 2009.

MONTAÑO, Carlos. Um projeto para o serviço social crítico. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 9, n. 2, dez. 2006. Disponível em < <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/8111/7483> > Acesso em 09 de nov. de 2009.

MOSCON, N. Vulnerabilidade da família na proteção social ao recém-nascido prematuro: um estudo no Hospital Universitário da UFSC e a atuação do Serviço Social no seu enfrentamento. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Florianópolis: UFSC/CSE/DSS, 2007.

NOGUEIRA, V. M. R.. **O Direito à Saúde na Reforma do Estado Brasileiro: Construindo uma Nova Agenda**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis, 2002.

PALOMO, M.T.M. Los cuidados y las mujeres en las familias. In: **Política y Sociedad**, 2008. Vol.45. N° 2. P.29 – 47.

PEDREIRA, C. S. Sobre mulheres e mães: uma aproximação à teoria do cuidado. In **Anais Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder**. Florianópolis, de 25 a 28 de agosto de 2008.

PEREIRA-PEREIRA, P. A. Desafios contemporâneos para a sociedade e a família. In: **Serviço Social e Sociedade**. N ° 48. São Paulo: Cortez, 1995. P. 103- 114.

Pinheiro e Guizardi (2004, p. 21)

PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (org.) **Construção de Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde**. 1. Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

POCHMANN, M. Proteção Social na periferia do capitalismo: considerações sobre o Brasil. In: **São Paulo em Perspectiva**. [online]. Vol.18, n. 2. P. 3-16, 2004.

OLIVEIRA, L. A et al. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/AIDS no município de São Paulo. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(3) p. 689-698, 2005.

OLIVEIRA, R.G; MARCON, S.S. **Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná**. Rev. esc. Enfermagem. USP [online]. 2007, vol.41, n.1, pp. 65-72. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/recusp/v41n1/v41n1a08.pdf> Acesso em 26 de out. de 2009.

SARACENO, C. **Famiglie e Stato**. In: **Sociologia della Famiglia**. Bologna: Il Mulino, 1996. pp. 218-241.

SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A .R. E VITALE, M. ª F. (org.). **Famílias: Redes, Laços e Políticas Públicas**. São Paulo: IEE/PUC- SP, 2003. p. 21–36.

STAMM, M.; MIOTO, R.C.T. **Família e cuidado: uma leitura para além do óbvio**. Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá, v. 2, n. 2, p. 161-168, jul./dez. 2003. [online] Disponível em < <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5539/3521>> Acesso em 09 de nov. de 2009.

ANEXO

PORTARIA Nº 1.683 DE 12 DE JULHO DE 2007.

Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições,

R E S O L V E:

Art 1º Aprovar a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.

Parágrafo único. A Norma de Orientação de que trata este artigo integra o ANEXO a esta Portaria.

Art 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Fica revogada a Portaria nº 693/GM de 5 de julho de 2000, publicada no Diário Oficial da União nº 129-E, de 6 de julho de 2000, Seção 1, página 15.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO

NORMA DE ORIENTAÇÃO PARA A IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU

I - INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos para o diagnóstico e a abordagem de recém-nascidos enfermos, notadamente os de baixo peso, aumentaram de forma impressionante as chances de vida desse grupo etário. Sabe-se, ainda, que o adequado desenvolvimento dessas crianças é determinado por um equilíbrio quanto ao suporte das necessidades biológicas, ambientais e familiares, portanto, cumpre estabelecer uma contínua adequação tanto da abordagem técnica quanto das posturas que impliquem mudanças ambientais e comportamentais com vistas à maior humanização do atendimento.

A presente Norma deverá ser implantada nas Unidades Médico-Assistenciais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS. As Unidades que já possuem esse Método de atendimento deverão manter o que vêm fazendo, introduzindo apenas as novas adaptações que visam melhorar a eficiência e a eficácia da atenção.

A adoção dessa estratégia contribui para a promoção de uma mudança institucional na busca da atenção à saúde, centrada na humanização e no princípio de cidadania da família.

Entende-se que as recomendações aqui contidas deverão ser consideradas como um mínimo ideal para a tomada de condutas que visem a um atendimento adequado ao recém-nascido de baixo peso, com procedimentos humanizados, objetivando maior apego, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança, inclusive quanto ao relacionamento familiar.

Definição

1. O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico-social.

2. O contato pele-a-pele, no Método Canguru, começa com o toque evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Esse Método permite uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais.

3. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele-a-pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada.

Normas Gerais

- Recém-nascidos de baixo peso
- mãe, pai e família do recém-nascido de baixo peso

Aplicação do método

O método será desenvolvido em três etapas:

• 1ª etapa

Período que se inicia no pré-natal da gestação de alto-risco seguido da internação do RN na Unidade Neonatal. Nessa etapa, os procedimentos deverão seguir os seguintes cuidados especiais:

- Acolher os pais e a família na Unidade Neonatal.
- Esclarecer sobre as condições de saúde do RN e sobre os cuidados dispensados, sobre a equipe, as rotinas e o funcionamento da Unidade Neonatal.
- Estimular o livre e precoce acesso dos pais à Unidade Neonatal, sem restrições de horário.
- Propiciar sempre que possível o contato com o bebê.
- Garantir que a primeira visita dos pais seja acompanhada pela equipe de profissionais.
- Oferecer suporte para a amamentação.
- Estimular a participação do pai em todas as atividades desenvolvidas na Unidade
- Assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores para o bem-estar do bebê.
- Comunicar aos pais as peculiaridades do seu bebê e demonstrar continuamente as suas competências.
- Garantir à puérpera a permanência na unidade hospitalar pelo menos nos primeiros cinco dias, oferecendo o suporte assistencial necessário.
- Diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos.
- Adequar o cuidar de acordo com as necessidades individuais comunicadas pelo bebê.
- Garantir ao bebê medidas de proteção do estresse e da dor.
- Utilizar o posicionamento adequado do bebê, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono, favorecendo assim o desenvolvimento.
- Assegurar a permanência da puérpera, durante a primeira etapa:
 - Auxílio transporte, para a vinda diária à unidade pelos Estados e/ou Municípios
 - Refeições durante a permanência na unidade pelos Estados e/ou Municípios
 - Assento (Cadeira) adequado para a permanência ao lado de seu bebê e espaço que permita o seu descanso.
 - Atividades complementares que contribuam para melhor ambientação, desenvolvidas pela equipe e voluntários.

2ª etapa

Na segunda etapa o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. Esse período funcionará como um "estágio" pré-alta hospitalar.

2.1 São critérios de elegibilidade para a permanência nessa etapa:

2.1.2 Do bebê

- estabilidade clínica
- nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo)
- peso mínimo de 1.250g

2.1.2 Da mãe

Recursos para a implantação

1. Recursos Humanos

Recomenda-se que toda a equipe de saúde responsável pelo atendimento do bebê, dos pais e da família, esteja adequadamente capacitada para o pleno exercício do Método

A equipe multiprofissional deve ser constituída por:

- Médicos
- pediatras e/ou neonatologistas (cobertura de 24 horas)
- obstetras (cobertura de 24 horas)
- oftalmologista
- enfermeiros (cobertura de 24 horas)
- psicólogos
- fisioterapeutas
- terapeutas ocupacionais
- assistentes sociais
- fonoaudiólogos
- nutricionistas
- técnicos e auxiliares de enfermagem (na 2ª etapa, uma auxiliar para cada 6 binômios com cobertura 24 horas).

2. Recursos Físicos

2.1 Os setores de terapia intensiva neonatal e de cuidados intermediários deverão obedecer às normas já padronizadas para essas áreas e permitir o acesso dos pais com possibilidade de desenvolvimento do contato tátil descrito nas etapas 1 e 2 dessa Norma. É importante que essas áreas permitam a colocação de assentos removíveis (cadeiras – bancos) para, inicialmente, facilitar a colocação em posição canguru.

2.2 Os quartos ou enfermarias para a 2ª etapa deverão obedecer à Norma já estabelecida para alojamento conjunto, com aproximadamente 5m² para cada conjunto leito materno/berço do recém-nascido.

2.3 Recomenda-se que a localização desses quartos proporcione facilidade de acesso ao setor de cuidados especiais.

2.4 Objetivando melhor funcionamento, o número de binômios por enfermaria deverá ser de, no máximo, seis.

2.5 O posto de enfermagem deverá localizar-se próximo a essas enfermarias.

2.6 Cada enfermaria deverá possuir um banheiro (com dispositivo sanitário, chuveiro e lavatório) e um recipiente com tampa para recolhimento de roupa usada.

3. Recursos Materiais

3.1 Na 2ª etapa, na área destinada a cada binômio, serão localizados: cama, berço (de utilização eventual, mas que permita aquecimento e posicionamento da criança com a cabeceira elevada), aspirador a vácuo, central ou portátil, cadeira e material de asseio.

3.2 Balança pesa-bebê, régua antropométrica, fita métrica de plástico e termômetro.

3.3 Carro com equipamento adequado para reanimação cardiorrespiratória, que deverá estar localizado nos postos de enfermagem.

Avaliação do método

Sugere-se que, periodicamente, sejam realizadas as seguintes avaliações:

- morbidade e mortalidade neonatal.
- taxas de reinternação.
- crescimento e desenvolvimento
- grau de satisfação e segurança materna e familiar
- prevalência do aleitamento materno
- desempenho e satisfação da equipe de saúde
- conhecimentos maternos adquiridos quanto aos cuidados com a criança
- tempo de permanência intra-hospitalar

A equipe técnica da Saúde da Criança/MS dispõe-se a fornecer modelo de protocolo para obtenção dos dados dessas avaliações.